



septembre 2026

Norme de qualité sur le traitement en établissement : pour le secteur de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes



Institut du savoir
sur la santé mentale et les dépendances
chez les enfants et les jeunes



Citation suggérée

Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2026). [Norme de qualité sur le traitement en établissement : pour le secteur de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes.](#)

Pour obtenir plus de renseignements sur ce rapport, veuillez communiquer avec standards@cymha.ca.

Subventionné par : **Ontario** 

Les opinions exprimées ici sont celles de l'Institut du savoir et ne reflètent pas nécessairement celles de la Province.

Table des matières

Résumé	4
Importance de la langue	7
Comment lire cette norme rapidement	13
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	14
À propos de la norme de qualité relative au traitement en établissement	19
Quelle est la portée de la présente norme de qualité?	25
Comment utiliser cette norme	27
Principes fondamentaux	29
Fondements du traitement	30
Principe fondamental 1 Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.	30
Principe fondamental 2 Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.	39
Principe fondamental 3 Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.	49
Principe fondamental 4 Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.	59
Administration du traitement	67
Principe fondamental 5 Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.	67
Principe fondamental 6 Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.	76
Principe fondamental 7 Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.	84
Voies d'entrée et de sortie du traitement	94
Principe fondamental 8 Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.	94
Principe fondamental 9 Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.	104
Maintien d'un traitement de haute qualité	112
Principe fondamental 10 Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.	112
À propos de nous	122
Remerciements	123
Références	126
Annexe A : Glossaire	139
Annexe B : Critères d'inclusion pour la norme de qualité	151
Annexe C : Processus de collecte des données pour la norme de qualité relative au traitement en établissement	153
Annexe D : Considérations relatives à l'équité	155

Résumé

La norme de qualité présentée dans ce document offre des principes directeurs pour l'exécution, l'évaluation et le maintien de programmes de traitement en établissement de grande qualité afin d'appuyer la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances chez les enfants et les jeunes en Ontario. Cette norme de qualité fait partie de l'initiative du Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif (MOATI).

La norme s'adresse aux organismes communautaires dans le secteur de la santé mentale des enfants et des jeunes et des soins de santé liés à l'usage de substances et aux dépendances (le secteur) qui offrent des traitements en établissement. La norme peut être adaptée aux valeurs et aux besoins particuliers d'un organisme. Elle a été élaborée conformément au processus d'élaboration des normes¹ de l'Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (l'Institut du savoir), et s'appuie sur notre expertise en recherche, en mesure du rendement, en évaluation, en engagement, en amélioration de la qualité et en science de la mise en œuvre.

Une norme de qualité est une ressource qui présente des énoncés clairs, pratiques et ambitieux. Elle décrit les pratiques, les processus et les mesures de soutien, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, qui sont nécessaires pour offrir des soins de la plus haute qualité. Les normes de qualité sont essentielles à un système qui repose sur l'imputabilité et l'amélioration continue. Les normes de qualité aident à réduire les inégalités systémiques et à améliorer la prestation des services, la qualité et les résultats (Institut du savoir, 2025a).

La norme présentée dans ce document est :

- Axée sur les traitements en établissement offerts aux enfants et aux jeunes ayant des préoccupations et des besoins en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances ou de dépendances.
- Destinée à être applicable, pertinente et significative pour l'ensemble des programmes de traitement en établissement de l'Ontario.

1 Pour plus de renseignements sur notre processus d'élaboration de normes, veuillez consulter notre document d'information sur le [processus d'élaboration de normes](#).

Résumé

- Destinée à être utilisée par les décideur.euse.s du système et les dirigeant.e.s d'organismes, ainsi que par les prestataires de services qui offrent des traitements en établissement.
- Conçue pour être facilement accessible et compréhensible. Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s, qu'ils reçoivent un traitement ou participent à l'évaluation de programmes de traitement en établissement, sont donc invités à l'utiliser.

Plutôt que de proposer des définitions et des règles rigides, cette norme de qualité offre des énoncés clairs et utiles qui décrivent les pratiques, les processus et les soutiens nécessaires pour fournir des soins de la plus haute qualité. Les énoncés ne sont pas le reflet de la situation actuelle, mais de l'état idéal à atteindre.

Cette norme de qualité repose sur un ensemble de 10 principes fondamentaux regroupés en quatre thèmes ([tableau 1](#)). Ces principes fondamentaux sont ambitieux, mais réalisables et visent à aider les organismes à mettre en œuvre et à améliorer continuellement les programmes de traitement en établissement. Chaque communauté se trouve à une étape différente de son parcours, et l'adoption concrète de ces principes fondamentaux varie d'une communauté à l'autre. La norme est accompagnée d'une série de ressources destinées aux organismes chargés de la mise en œuvre et de l'évaluation de la norme de qualité.

Les principes fondamentaux ne sont pas énumérés en ordre de priorité et devraient être considérés comme formant un tout.

Tableau 1. Principes fondamentaux de traitements en établissement

Fondements du traitement

- Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.
- Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.
- Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.
- Le traitement en établissement répond aux besoins uniques des jeunes qui ont des troubles concomitants et des besoins complexes.



Administration du traitement

- Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.
- Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.
- Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.



Voies d'entrée et de sortie du traitement

- Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement, où les bons services sont adaptés aux besoins et aux objectifs de chaque jeune.
- Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.



Maintien d'un traitement de grande qualité

- Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.



Importance de la langue

Il est important d'adopter un langage clair et respectueux pour que la communication soit efficace et plus sûre. Le glossaire ci-dessous définit les termes clés utilisés dans cette norme de qualité. Il est important de noter que le langage évolue avec le temps; les définitions présentées ici reflètent notre compréhension actuelle de ces termes clés et peuvent changer à mesure que les pratiques exemplaires évoluent.

Aidant.e.s et réseaux de soutien

Le terme « aidant.e » désigne les personnes qui prennent soin d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un jeune. Le système de prestation de soins est un groupe de personnes liées par le soutien, les soins et la surveillance d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un jeune. Les personnes qui prennent soin de l'enfant ou du jeune sont celles que ce dernier reconnaît comme importantes pour son bien-être (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2021a; 2021b). Ces personnes peuvent être liées par des liens familiaux, biologiques, émotionnels, culturels ou juridiques. Parmi les aidant.e.s, mentionnons les parents et les membres de la famille comme les frères et sœurs, les grands-parents, les oncles et tantes, et d'autres personnes de soutien, tels les partenaires, les aîné.e.s, les mentor.e.s, les pairs et les tuteurs.trices légaux.les.

La défense des droits, la constance et la coordination tout au long du parcours de traitement d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un jeune sont souvent assurées par un parent ou la personne qui prend soin de l'enfant ou du jeune et sur laquelle ce dernier repose. Il est reconnu que le terme « aidant.e » ne rend pas pleinement compte de la profondeur des liens et des responsabilités vécus et exigés des personnes les plus responsables des jeunes dont elles ont la charge. L'utilisation des termes « aidant.e » « réseau de soutien » et « système de prestation de soins » dans cette norme de qualité vise à représenter de manière holistique ces personnes et ces communautés ainsi que le rôle essentiel qu'elles jouent.

Amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité consiste à prendre des mesures pour accroître l'efficacité et l'efficacité des processus et des activités au sein d'un organisme. Il s'agit d'un effort continu visant à améliorer constamment les programmes afin d'obtenir de meilleurs résultats pour l'ensemble des partenaires (Institut du savoir, 2024c).

Besoins complexes

Quelques enfants ou jeunes ont des problèmes de santé mentale importants, multiples, rares ou persistants qui peuvent avoir une incidence sur leur fonctionnement à la maison, à l'école et dans la communauté. Ces besoins sont considérés comme complexes et nécessitent souvent des services intensifs. Parmi les exemples de problèmes de santé mentale complexes, on peut citer les troubles bipolaires et apparentés, les troubles de la personnalité émergents, les troubles dissociatifs, la schizophrénie et les troubles psychotiques, la dysphorie de genre et les comportements sexuels et paraphiliques (Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif [MOATI]). Le terme « complexe » s'applique également aux besoins en santé mentale des enfants et des jeunes qui présentent d'autres problèmes ou difficultés ayant une incidence sur les services dont ils ont besoin. Il peut s'agir de besoins médicaux, d'incapacités développementales et physiques, de troubles du spectre de l'autisme ou de troubles liés à l'usage de substances (Institut du savoir, s.d.).

Culturellement sécuritaire

La notion de sécurité culturelle résulte d'une pratique et de politiques réfléchies et conscientes, où les prestataires et les organisations s'attaquent aux préjugés et aux obstacles qui contribuent aux iniquités. C'est le bénéficiaire des soins, et non le prestataire, qui détermine si la sécurité culturelle est présente ou non.

Enfants et jeunes

Les enfants et les jeunes comprennent les nourrissons, les enfants, les adolescent.e.s et les jeunes adultes, de la naissance à l'âge de 25 ans. Nous utilisons le terme « enfants » pour désigner les jeunes de 12 ans et moins, et « jeunes » pour désigner les jeunes de 13 à 25 ans. S'il y a lieu, nous précisons qu'il s'agit de nourrissons et de la petite enfance (de 0 à 6 ans; Promotion de la santé mentale de la petite enfance, 2024).

Équité

L'équité peut être définie à la fois comme un processus et un résultat. Pour promouvoir l'équité, il faut reconnaître, nommer et démanteler les systèmes oppressifs et les obstacles qui renforcent les inégalités historiques et actuelles. Ces systèmes et obstacles limitent l'accès à des possibilités comme recevoir des soins de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances ainsi que des soins liés aux

Importance de la langue

dépendances. En tant que processus, l'équité peut être favorisée de nombreuses façons, notamment en élaborant conjointement avec les communautés les politiques et les pratiques qui ont une incidence sur leur vie ou en adoptant une optique d'équité pour les programmes et les services. En tant que résultat, l'équité est l'absence de différences dans les résultats en fonction des caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou géographiques. Il est important de souligner que l'équité n'est pas la même chose que l'égalité (Université de la Colombie-Britannique, s.d.).

Mesure du rendement

La mesure du rendement consiste à recueillir régulièrement des renseignements afin de suivre l'évolution d'une politique, d'un programme ou d'une initiative à un moment donné. Elle permet de faire un suivi de la réalisation des résultats prévus et d'observer les tendances en matière de rendement au fil du temps (Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des jeunes, s.d.).

Mise en œuvre, mettre en œuvre

La « mise en œuvre » consiste à donner vie à un plan, à une chose ou à une idée (Institut du savoir, 2024b).

Mobilisation des savoirs

La mobilisation des savoirs vise à garantir que les données probantes sont accessibles, compréhensibles et pratiques pour les personnes qui en ont besoin. Elle aide les organismes en leur donnant accès aux meilleures données probantes disponibles pour orienter leur travail. De plus, elle consiste à engager activement les partenaires pour combler le fossé entre les nouvelles recherches et leur application dans la pratique (Institut du savoir, 2023a).

Norme de qualité

Une norme de qualité est une ressource qui présente des énoncés clairs, pratiques et ambitieux. Elle décrit les pratiques, les processus et les mesures de soutien, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, qui sont nécessaires pour offrir des soins de la plus haute qualité. Les normes de qualité sont essentielles à un système qui repose sur la responsabilisation et l'amélioration continue. Elles visent à réduire les inégalités systémiques et à améliorer la qualité des services et les résultats.

Organismes communautaires de services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes

Le système ontarien de services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes fait appel à de nombreux prestataires et organismes de différents secteurs. Ces services sont financés par différents ministères – le ministère de la Santé, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, et autres – qui ont tous pour mission d'offrir des services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s.

Les organismes communautaires de services liés à la santé mentale et aux dépendances chez les enfants et les jeunes de l'Ontario sont financés par le secteur public et fonctionnent dans 33 zones de service dans 5 régions (Santé mentale pour enfants Ontario [SMEO], s.d.). On compte 31 organismes responsables qui desservent les 33 zones de service de l'Ontario. En vertu de la Loi sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille de l'Ontario, les organismes responsables améliorent les soins dans leur zone de service grâce à des efforts de planification locale, menés de concert avec plus de 190 prestataires de services de base qui prodiguent également des soins dans toute la province. Les organismes responsables travaillent ensemble en tant que groupe, connu sous le nom de Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes, afin de planifier et d'exercer un leadership à l'échelle provinciale (Consortium des organismes responsables, 2019).

Santé mentale

La santé mentale est un état multidimensionnel de bien-être émotionnel, psychologique et social qui reflète la façon dont les personnes se sentent et fonctionnent dans leur vie quotidienne. Elle se situe sur un continuum allant du déclin à l'épanouissement, indépendamment de la présence ou de l'absence de maladie mentale (Keyes, 2002; Westerhof et Keyes, 2009).

Soins

Les « soins » englobent une vaste gamme de mesures de soutien visant à améliorer le bien-être des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. Cela consiste notamment à répondre aux besoins quotidiens des enfants et des jeunes tout en créant un environnement stable et bienveillant fondé sur des relations de confiance et de cohérence. De par leur nature, les soins sont relationnels et attentifs aux besoins, et mettent l'accent sur la

connexion, la corégulation, la sensibilité culturelle et la participation active des aidant.e.s et des réseaux de soutien. On reconnaît que le bien-être est favorisé par les interactions, les relations et les expériences du quotidien. Les soins sont axés sur le milieu, c'est-à-dire l'environnement social, les personnes qui le composent et la qualité de leurs interactions, dans le but ultime de soutenir le bien-être. Les soins peuvent être prodigués au moyen de la thérapie par le milieu (voir la définition ci-dessous de thérapie par le milieu).

Soins et traitements adaptés à la culture

Les soins ou les traitements adaptés à la culture désignent la prestation de services qui intègrent et respectent les besoins, les valeurs et les pratiques du groupe, et qui sont adaptés aux besoins uniques d'un groupe culturel particulier dès le départ. D'autres termes sont souvent utilisés pour décrire des approches semblables en matière de soins et de traitements, par exemple « affirmatifs sur le plan culturel », « pertinents sur le plan culturel » et « respectueux de la culture ». Dans ce document, nous utilisons le terme « adapté à la culture » pour souligner le fait que les soins et les traitements conformes à la culture d'un.e client.e sont intentionnellement privilégiés dès le départ.

Thérapie par le milieu

La thérapie par le milieu est une approche qui vise à créer un environnement structuré, favorable, inclusif et sécuritaire pour promouvoir le bien-être. Il s'agit d'une des façons de fournir des soins. Bien que le traitement ait tendance à se concentrer sur des interventions fondées sur des données probantes pour des problèmes et des symptômes de santé mentale et d'usage de substances précis, la thérapie par le milieu implique l'utilisation intentionnelle et constante des routines, des activités et des relations quotidiennes pour acquérir et mettre en pratique des aptitudes d'adaptation et de vie (Huefner et Ainsworth, 2021).

Traitement

Le terme « traitement » désigne des interventions ou des modalités fondées sur des données probantes (thérapie cognitivo-comportementale [TCC] et thérapie comportementale dialectique [TCD]) qui ciblent des problèmes et des symptômes précis de santé mentale et santé liée à l'usage de substances, tels que les troubles liés à l'usage de substances, la dépression ou l'anxiété. Les traitements sont dispensés par

des professionnel.le.s de santé agréé.e.s – tels que des psychologues, des psychiatres, des travailleur.euse.s sociaux.les et des psychothérapeutes agréé.e.s – qui possèdent la formation, l'expérience clinique et les compétences requises pour prodiguer des soins en toute sécurité, dans le respect de l'éthique et avec efficacité.

Traitement en établissement

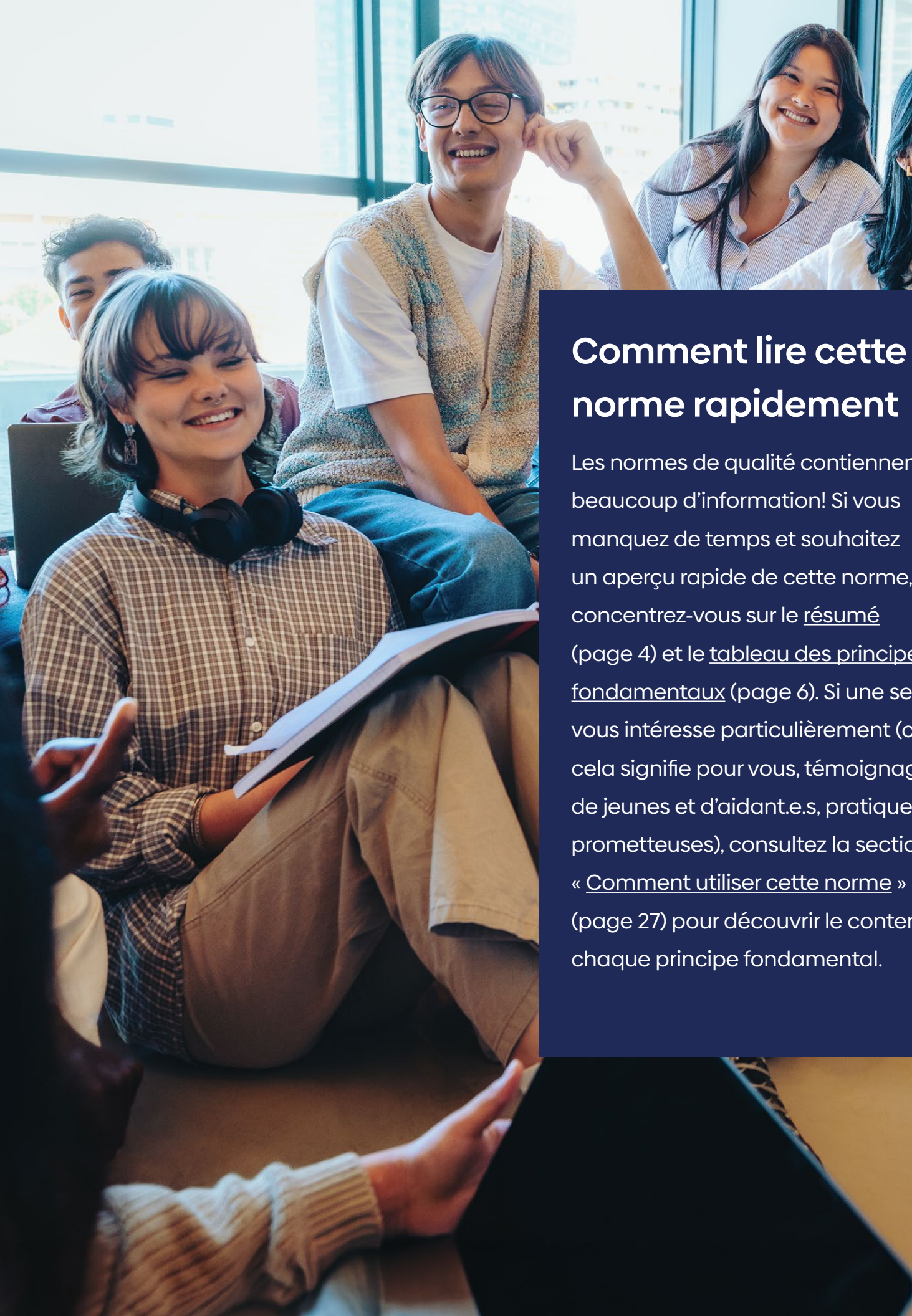
Le traitement en établissement est un traitement intensif hors du domicile pour les enfants et les jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale qui nuisent à leur fonctionnement à la maison, à l'école ou dans la communauté, et qui nécessitent une intervention intensive. Le traitement, qui est offert 24 heures sur 24, est prodigué par une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire qui tire parti du milieu de vie quotidienne à des fins thérapeutiques. En Ontario, on observe depuis peu un changement d'usage, le terme « traitement en résidence » étant remplacé par celui de « traitement en établissement » afin de reconnaître les préjudices persistants causés aux peuples autochtones par le système des pensionnats (Burman et coll., 2024; Consortium des organismes responsables, 2019 et 2021; O'Leary et coll., 2024).

Troubles concomitants

On parle de troubles concomitants lorsqu'une personne présente à la fois un problème de santé mentale et de santé liée l'usage de substances. Un exemple serait celui d'une personne atteinte de schizophrénie qui souffre d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis (Institut du savoir, 2024a).

Usage de substances et dépendances

La santé liée à l'usage de substances est le continuum de consommation de substances et de l'expérience de ces substances que vivent les gens. L'absence d'usage de substances se trouve à une extrémité du continuum et les troubles liés à l'usage de substances, à l'autre extrémité. La santé liée à l'usage de substances reconnaît que, dans le continuum, il y a des effets sur la santé, des risques et des avantages associés à l'usage de substances, et que la stigmatisation peut être ressentie à n'importe quel point du continuum (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023). Les dépendances s'entendent des dépendances comportementales ou procédurales, comme le jeu pathologique.



Comment lire cette norme rapidement

Les normes de qualité contiennent beaucoup d'information! Si vous manquez de temps et souhaitez un aperçu rapide de cette norme, concentrez-vous sur le résumé (page 4) et le tableau des principes fondamentaux (page 6). Si une section vous intéresse particulièrement (ce que cela signifie pour vous, témoignages de jeunes et d'aidant.e.s, pratiques prometteuses), consultez la section « Comment utiliser cette norme » (page 27) pour découvrir le contenu de chaque principe fondamental.



**Qu'est-ce qu'une
norme de qualité?**

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Une **norme de qualité** est une ressource qui présente des énoncés clairs, pratiques et ambitieux. Elle décrit les pratiques, les processus et les mesures de soutien, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, qui sont nécessaires pour offrir des soins de la plus haute qualité. Les normes de qualité sont essentielles à un système qui repose sur la responsabilisation et l'amélioration continue. Les normes de qualité contribuent à réduire les inégalités systémiques et à améliorer la qualité des services ainsi que les résultats pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s.

Les normes de qualité fournissent un cadre clair et fondé sur des données probantes pour orienter les politiques, la conception des programmes et la prestation des services.

- **Au niveau du système** : Les normes éclairent l'élaboration des politiques, favorisent l'uniformité entre les régions, renforcent la responsabilisation, comblent les disparités dans l'accès aux soins et fournissent des mécanismes de surveillance de la prestation des services pour favoriser l'amélioration continue (Fishbein et Sloboda, 2023; McGorry et coll., 2022; Pincus et coll., 2016; Quinlan-Davidson et coll., 2021).
- **Au niveau de l'organisme** : Les normes contribuent à optimiser les ressources, à assurer la mise en œuvre uniforme de pratiques fondées sur des données probantes, à améliorer les résultats des services, à favoriser l'intégration et la collaboration entre les secteurs (éducation, santé, services sociaux) et à définir les besoins de perfectionnement professionnel du personnel (Hoover et Bostic, 2021; Kilbourne et coll., 2018; Patel et coll., 2016; Sterling et coll., 2010; Tremblay et coll., 2020).
- **Au niveau de l'utilisateur du service** : Les normes orientent la prévention, l'intervention précoce et les soins personnalisés qui améliorent les résultats à long terme, donnent aux enfants, aux jeunes et aux familles les moyens de défendre leurs droits et aident à réduire la stigmatisation associée aux services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances (Minkoff et Covell, 2022; National Mental Health and Substance Use Health Standardization Collaborative, 2024; Racine et coll., 2021).

Il existe de nombreux points de convergence entre cette norme et d'autres initiatives systémiques menées au sein du secteur, notamment la [norme de qualité sur les niveaux de soins](#), les [Bons soins au bon moment](#), le [Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif](#), les voies d'accès aux soins pour [les nourrissons et la petite enfance](#), ainsi qu'un [engagement](#) continu et amélioré des jeunes et des aidant.e.s. Pour chaque principe fondamental, nous soulignons les points de convergence entre cette norme et de nombreux autres documents d'orientation dans notre secteur et d'autres secteurs, et montrons comment la norme peut être utilisée au niveau personnel, de l'organisation et du système.

Notre norme comprend des pratiques prometteuses qui renforcent l'importance de la législation des règlements du ministère de la Santé, tels que la protection des renseignements personnels, le consentement éclairé et les droits des client.e.s. Cette norme de qualité se veut uniquement une ressource éducative et informative. Elle ne remplace pas la loi, n'a pas force de loi, et ne fournit pas de conseils cliniques ou juridiques. En cas de conflit ou de divergence entre la norme et la loi, c'est la loi qui prévaudra.

Cette norme de qualité est fondée sur des principes, c'est-à-dire qu'elle décrit un ensemble de principes fondamentaux qui constituent la base de la prestation de soins de haute qualité (Organisation internationale de normalisation, 2015). Il revient aux personnes ou aux organismes qui mettent en œuvre la norme de qualité de faire preuve de jugement lorsqu'ils appliquent chaque principe fondamental au sein de leur communauté. Utilisées de cette façon, des normes fondées sur des principes peuvent orienter la prestation uniforme de soins de haute qualité qui correspondent au contexte particulier de chaque communauté (Mughal et coll., 2022; 2025).

Comment cette norme a-t-elle été élaborée?

Cette norme de qualité a été élaborée à l'aide du processus d'élaboration des normes de l'Institut du savoir, qui est décrit dans notre [Processus d'élaboration des normes](#). Notre processus renforce les normes fondées sur des principes grâce à une prise en compte précoce des sciences de la mesure et de la mise en œuvre, ainsi qu'à notre engagement continu et fructueux auprès de nos partenaires. Le processus d'élaboration est collaboratif et itératif, et nous l'adaptions et l'améliorons continuellement en procédant à des évaluations continues.

Pour élaborer cette norme, nous avons consulté le Comité consultatif sur les normes de qualité (CCNQ)², des partenaires communautaires, des jeunes et des aidant.e.s ainsi que le [MOATI](#). Cette vaste collaboration a permis de veiller à ce que la norme soit harmonisée avec les cadres, les voies d'accès et les initiatives provinciaux liés aux services de traitement intensif et de traitement en établissement.

L'engagement d'un vaste ensemble de personnes et de communautés est essentiel pour veiller à ce que les normes soient importantes, significatives et efficaces pour les jeunes, les aidant.e.s et les principaux partenaires communautaires, et qu'elles ne perpétuent pas les préjudices. Un engagement à l'égard de l'équité, de la diversité, de l'inclusion et de l'accessibilité est au cœur de notre travail. Nous misons sur un engagement significatif et l'équité en santé, et nous nous efforçons d'éliminer les disparités géographiques et les obstacles à l'accès. Notre processus d'élaboration des normes comprend une évaluation de l'incidence sur l'équité en santé et applique le prisme de l'équité en santé. Il suit également de près les principes énoncés dans notre [Norme de qualité pour l'engagement des jeunes](#) et notre [Norme de qualité pour l'engagement des familles](#).

2 Le CCNQ est un comité d'experts spécialisé, réuni par l'Institut du savoir, qui donne des conseils et approuve la norme de qualité.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Tout au long de l'élaboration et de la mobilisation d'une norme, des mesures ciblées sont prises pour définir, adapter et mener des activités d'engagement auprès des publics clés. Nous sommes déterminés à poursuivre et à approfondir ces réflexions, ces conversations, ces activités et ces partenariats importants. En outre, nous voulons améliorer continuellement le processus d'élaboration de normes.

Nous examinons constamment nos normes de qualité et prenons des mesures pour les maintenir, les réviser ou les supprimer. Cette démarche favorise la prise de décisions éclairées et l'harmonisation avec les pratiques prometteuses actuelles. Nous continuerons de communiquer avec des groupes et des personnes pour soutenir ce travail.

Les enfants et les jeunes poursuivent leurs études pendant qu'ils suivent un traitement en établissement. Certain.e.s participent à des travaux de cours sous la direction d'un.e enseignant.e inscrit.e au programme, tandis que d'autres continuent de recevoir une éducation dans leur école régulière (Gutterswijk et coll., 2020).

À propos de la norme de qualité relative au traitement en établissement

Qu'est-ce qu'un traitement en établissement?

Le traitement en établissement désigne un traitement intensif hors du domicile pour les enfants et les jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale qui nuisent à leur fonctionnement à la maison, à l'école ou dans la communauté, et qui nécessitent une intervention intensive. Le traitement, qui est offert 24 heures sur 24, est prodigué par une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire qui tire parti du milieu de vie quotidienne à des fins thérapeutiques (Consortium des organismes responsables, 2021; MOATI, 2026).

Les services essentiels en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances de l'Ontario sont offerts selon un continuum qui comprend divers types et intensités de soins afin de répondre aux besoins, aux objectifs et aux préférences des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. (Institut du savoir, 2025a). Ces niveaux de soins vont de la promotion de la santé, de la prévention et de l'identification précoce aux soins intensifs hautement spécialisés. De plus, le traitement intensif comprend un ensemble de services, notamment des traitements communautaires ou de jour, des services en établissements et des services hors du domicile, comme le traitement en établissement (ministère de la Santé de l'Ontario, 2024).

Le traitement en établissement est un traitement volontaire. Il vise à aider à stabiliser et à atténuer les symptômes au moyen de modalités de traitement clinique fondées sur des données probantes, tout en offrant aux enfants et aux jeunes la possibilité d'acquérir et de mettre en pratique des capacités d'adaptation et des habiletés de la vie quotidienne dans le but de passer graduellement à des services moins intensifs (Grosset et coll., 2018; Herbell et coll., 2024a; Preyde et coll., 2018 et 2020; Theall et coll., 2022; Vogelsang et coll., 2024).

Les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé mentale qui se sont fait du mal à eux-mêmes ou à d'autres personnes, ou qui ont tenté de le faire, peuvent recevoir un traitement dans le cadre des programmes de traitement en milieu fermé. L'admission à ces programmes est habituellement obligatoire et encadrée par la loi, dans le but de stabiliser les personnes dans un environnement étroitement supervisé avant leur transition vers des milieux de traitement moins restrictifs (Schutte et coll., 2022). Les programmes de traitement en établissement jouent souvent un rôle clé dans cette transition, servant d'option de « relais-départ » pour poursuivre le traitement dans un milieu moins restrictif (Johnson et coll., 2015).

Le traitement en établissement est destiné aux enfants et aux jeunes qui ont besoin d'un niveau de soutien plus élevé que celui qu'on peut leur offrir dans un contexte moins restrictif (Harper et coll., 2019; Herbell et coll., 2024a; Herbell et Ault, 2021; Lanier et coll., 2020; Liddle et coll., 2018; Lynch et coll., 2017; Roy et coll., 2020; Theall et coll., 2022; Vogelsang et coll., 2024; Yeheskel et coll., 2020). Les enfants et les jeunes qui ont accès à un traitement en établissement ont des problèmes importants et complexes de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances ou aux dépendances, et ont souvent des antécédents de traumatisme qui influent sur leur capacité de fonctionner à la maison, à l'école ou dans la communauté (Bryson et coll., 2017; Coll et coll., 2019; Evans et coll., 2020; Frensch et coll., 2022; Good et Mishna, 2021; Grosset et coll., 2018; Herbell et coll., 2024a; Herbell et Ault, 2021; Liddle et coll., 2018; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022; O'Leary et coll., 2024; Preyde et coll., 2020; Roy et coll., 2020; Vogelsang et coll., 2024).

Les programmes de traitement en établissement s'inscrivent dans un vaste réseau de secteurs, dont les hôpitaux, l'éducation, la justice pour les jeunes, la protection de l'enfance et les services destinés aux jeunes parents et aux nourrissons. L'hospitalisation en établissement spécialisé assure une stabilisation à court terme aux enfants et aux jeunes en situation de crise, mais un soutien continu est souvent nécessaire pour maintenir un rétablissement à long terme. Les programmes de traitement en établissement constituent une transition essentielle, offrant un cadre moins restrictif pour la continuité des soins. Certains hôpitaux utilisent un modèle « relais-départ » qui permet aux enfants et aux jeunes de faire la transition entre les soins hospitaliers actifs et le traitement en établissement, puis de réintégrer la communauté (Capitaliser pour les enfants, 2025).

Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC) supervise les programmes gérés par les sociétés de l'aide à l'enfance, notamment les placements en famille d'accueil et les soins de groupe. Ces endroits offrent un milieu de vie sécuritaire aux enfants et aux jeunes qui ne peuvent pas rester avec leur famille et se concentrent sur la prestation de soins de base plutôt que sur le traitement. De plus, certains enfants et jeunes pris en charge par les services de protection de l'enfance ont d'importants problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances, et peuvent nécessiter un traitement en établissement (Consortium des organismes responsables (LAC), 2019).

Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

Les approches des programmes de traitement en établissement en Ontario varient grandement. Cette variation se traduit par des différences dans les critères d'admission, les processus d'admission et de congé, les groupes d'âge desservis, la durée des séjours et les modalités de traitement clinique. Le ministère de la Santé et le Cadre de normes de qualité du MSESSC (MSESSC, 2020) définissent les exigences minimales que doivent respecter les programmes de traitement en établissement, et chaque organisme détermine ses propres approches. Cependant, malgré ces différences, il existe des éléments communs entre les programmes.

- Les équipes interdisciplinaires offrent des traitements et des soins aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s, ainsi qu'au réseau de soutien.
- La planification de la transition commence tôt.
- Le traitement comprend une combinaison de thérapie individuelle et de groupe, de thérapie familiale ou de psychoéducation, ainsi que d'acquisition de compétences.
- Les aidant.e.s sont fortement encouragé.e.s à participer au traitement, et sont parfois requis.e.s de le faire.

Malgré leur rôle essentiel, les programmes de traitement en établissement font face à d'importants défis, notamment :

- **Les défis liés à la main-d'œuvre**, dont les environnements de travail exigeants, le manque de formation normalisée dans les approches de traitement, la sous-utilisation des compétences du personnel, le fort taux de roulement et une rémunération inadéquate.
- **L'absence de critères d'admissibilité clairs et uniformes et d'outils d'évaluation normalisés**, ce qui complique l'identification des enfants et des jeunes qui tireraient le meilleur parti d'un traitement en établissement et leur aiguillage vers les programmes appropriés.
- **Le manque d'harmonisation entre les besoins et les solutions de placement**; l'admission peut dépendre de la disponibilité des lits plutôt que de la meilleure solution, ou bien les places appropriées ne sont pas disponibles.

- **Les défis liés à la participation des aidant.e.s**, notamment la distance géographique, les relations tendues et les capacités variables des aidant.e.s.
- **La diversité des modèles de programmes cliniques et le recours limité aux pratiques fondées sur des données probantes**, ainsi qu'un manque de mesures du rendement normalisées et des données probantes limitées sur les résultats à long terme.
- **Les difficultés liées à la transition hors du traitement en établissement**, comme les services de suivi limités, la fragmentation des services et les difficultés à maintenir les progrès après le congé. Les difficultés liées à la transition sont également importantes lorsque les besoins continus exigent des déplacements entre les secteurs, notamment vers le secteur pour adultes, où les listes d'attente sont souvent considérables et où les milieux adaptés aux jeunes font défaut.
- **Les défis au niveau du système**, y compris le coût élevé des soins, les exigences uniformes en matière de permis et les obstacles géographiques qui limitent l'accès équitable, en particulier dans les communautés rurales, éloignées et nordiques.

Au-delà de ces défis, le traitement en établissement fait parfois l'objet d'un examen plus approfondi. En outre, certains organismes ont décidé de mettre fin à leurs programmes de traitement en établissement et de réaffecter les fonds à d'autres services intensifs. Les préoccupations portent souvent sur les incidences du retrait des enfants et des jeunes de leur foyer, plus particulièrement celles et ceux qui sont âgés de 0 et 12 ans, ainsi que sur les coûts importants de ces programmes sans qu'il soit toujours possible d'obtenir des résultats cliniques clairs (Gutterswijk et coll., 2020; James, 2017; Liddle et coll., 2018; Lynch et coll., 2017; Strickler et coll., 2016; Whittaker et coll., 2016; Woody et coll., 2019).

Malgré les problèmes et les critiques, le traitement en établissement demeure un élément essentiel d'un continuum de soins complet.

Considérations relatives à l'équité

L'équité est essentielle à la grande qualité du traitement en établissement. Les inégalités historiques et actuelles ont façonné la manière dont les enfants et les jeunes vivent les soins en santé mentale et en santé liée à l'usage de substances et aux dépendances, y compris les soins en établissement. Ces inégalités sont ancrées dans des facteurs systémiques comme le colonialisme, le racisme, la discrimination et les obstacles liés à la langue, aux handicaps, au statut d'immigrant, aux barrières socioéconomiques, etc. Par conséquent, certains groupes ont subi des préjudices, ont été exclus ou leurs besoins n'ont pas été comblés au sein des institutions et établissements de soins. Une norme de qualité sur le traitement en établissement doit tenir compte de ces réalités et soutenir des traitements culturellement sécuritaires, inclusifs et adaptés à la diversité des identités, des expériences et des besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.

Dans l'élaboration de cette norme, les considérations relatives à l'équité ont été intégrées de manière systématique tout au long du processus. Notre approche a consisté à examiner les contextes historiques et actuels qui façonnent les expériences en matière de soins pour divers groupes d'enfants, de jeunes et de familles, notamment les Autochtones, les personnes racisées, les francophones, les nouveaux arrivants, les personnes provenant de communautés éloignées, les personnes ayant des capacités différentes ou des besoins complexes, les personnes issues des communautés 2ELGBTQIA+, ainsi que les jeunes filles enceintes et les jeunes parents.

Bien que chaque groupe ait des expériences et des besoins distincts, plusieurs thèmes systémiques communs sont apparus et se reflètent dans l'ensemble de la norme (voir [l'annexe D](#)). Ces considérations ont également mis en lumière le fait que les enfants, les jeunes et les familles peuvent comprendre et aborder la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances de différentes manières, selon les contextes culturels, spirituels, familiaux et communautaires. Les programmes de traitement en établissement devraient être adaptés et adaptables à la diversité des perspectives et des approches en matière de soins.



Les inégalités et les expériences vécues dans différents groupes de population soulignent la nécessité d'établir des normes de traitement en établissement conçues expressément pour remédier aux préjudices historiques et actuels subis par ces populations (MSESSC, 2020; Commission de la santé mentale du Canada, 2019; Commission ontarienne des droits de la personne, s.d.).

Les normes de qualité devraient promouvoir des traitements et des soins tenant compte des traumatismes, culturellement sécuritaires, antiracistes, inclusifs et accessibles. Il s'agit notamment de reconnaître que les milieux institutionnels peuvent susciter de la méfiance ou de la détresse, en particulier chez les enfants et les jeunes ayant des antécédents de préjudices systémiques, et de veiller à ce que les milieux de soins privilégient la sécurité, la dignité et la confiance (Beaulieu et coll., 2025; Santé Ontario, 2025; Santé publique Ontario, 2024). Les normes devraient également reconnaître que les approches dominantes en matière de traitement de la santé mentale ne reflètent pas nécessairement les valeurs, les croyances ou les approches visant à soutenir l'ensemble des enfants, des jeunes et des familles. Les environnements qui ne tiennent pas compte de ces différences peuvent contribuer à des sentiments de déconnexion ou d'exclusion et influencer sur l'engagement envers le traitement.

Les normes devraient intégrer l'équité dans la gouvernance et la conception des services, notamment en faisant progresser l'autodétermination des Autochtones et les approches de soins fondées sur la culture, en soutenant la diversité et la formation du personnel et en veillant à ce que les services soient adaptés aux réalités culturelles, linguistiques, développementales et sociales des enfants et des jeunes (Beaulieu et coll., 2025; MSESSC, 2020). Cette approche consiste notamment à garantir une participation notable des enfants, des jeunes, des familles et des communautés aux processus décisionnels, en particulier ceux qui sont touchés par le racisme, le colonialisme et d'autres formes d'oppression et de discrimination.

En outre, les normes devraient promouvoir des modèles de soins coordonnés et adaptables qui répondent à des besoins convergents, réduisent les obstacles à l'accès et à la participation, et comprennent des mécanismes permettant de cerner, de suivre et de corriger les disparités dans les expériences et les résultats entre les populations (Kirmayer et coll., 2011; Lunskey et coll., 2018; MSESSC, 2020; Saunders et coll., 2018; Yun et coll., 2019).

Tout au long de l'élaboration de cette ressource, nous avons œuvré à la réalisation de ces objectifs en collaborant avec diverses personnes et organisations afin de bien comprendre les lacunes et les besoins actuels qui pourraient être comblés par la norme de qualité.

Quelle est la portée de la présente norme de qualité?

Voir l'[annexe B](#) pour plus de renseignements sur la portée de cette norme de qualité.

Quelle est la portée de la présente norme de qualité?

Sujet : Sur quoi la norme porte-t-elle?

- Traitements communautaires de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances en établissement.

Population : Qui reçoit le traitement?

- Enfants et jeunes de 25 ans et moins.

Milieu : Où la norme est-elle mise en œuvre?

- Elle est destinée aux organismes communautaires de l'Ontario qui offrent des services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances pour les enfants et les jeunes de l'Ontario.

Public : Qui met en œuvre la norme?

- Différents publics sont concernés par cette norme et l'utiliseront dans le cadre de leur travail. Parmi les principaux publics concernés par la mise en œuvre de cette norme, citons les professionnels comme les cliniciens, les chercheurs, les dirigeant.e.s de systèmes et d'organismes, les prestataires de services et les décideur.euse.s. Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s peuvent également participer à la mise en œuvre et constituent un public prioritaire de cette norme.

Quelle est la portée de la présente norme de qualité?

Initiatives et ressources connexes

La présente norme de traitement en établissement s'inscrit dans un système de directives plus vaste qui appuie les programmes de traitement en établissement en Ontario, y compris le Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif (MOATI). Le MOATI est une initiative dirigée par la province visant à améliorer la coordination, l'uniformité et l'accès équitable aux services intensifs pour les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes en santé mentale. Au sein du MOATI, des initiatives complémentaires incluent le Rapport sur les populations cliniques, qui identifie les groupes d'enfants et de jeunes les plus susceptibles de bénéficier d'un traitement en établissement (MOATI, 2025), ainsi que les Normes cliniques et opérationnelles pour le traitement en établissement (MOATI, 2026), qui soutiennent une approche cohérente et factuelle de la prestation des services dans l'ensemble de la province. De plus, les programmes de traitement en établissement sont assujettis aux exigences en matière de permis établies par le MESSC dans le cadre des normes de qualité (MESSC, 2020). Cette norme s'harmonise avec ces initiatives connexes.



En Ontario, la responsabilité des programmes de traitement en établissement pour les enfants et les jeunes est partagée entre les ministères. Le ministère de la Santé supervise les programmes de traitement en santé mentale pour les enfants et les jeunes, tandis que le MESSC supervise les établissements autorisés, y compris les programmes de traitement dirigés par des organismes qui se consacrent aux jeunes parents et aux nourrissons.

Comment utiliser cette norme

Aperçu des principes fondamentaux

La norme de qualité repose sur 10 principes fondamentaux regroupés sous quatre thèmes (voir le [tableau 1](#)), conçus pour aider les organismes dans la mise en œuvre et l'amélioration continue de leurs programmes de traitement en établissement. Ces principes fondamentaux sont ambitieux, mais réalisables. Les énoncés ne sont pas le reflet de la situation actuelle, mais de l'état idéal à atteindre. Chaque communauté se trouve à une étape différente de son parcours, et l'adoption concrète de ces principes fondamentaux varie d'une communauté à l'autre.

Les principes fondamentaux ne sont pas énumérés en ordre de priorité et devraient être considérés comme formant un tout.

Dans le présent document, chaque principe fondamental est expliqué plus en détail à l'aide des aspects suivants :

- **Énoncés de qualité** : Décrivent le principe fondamental et ses caractéristiques déterminantes en utilisant des énoncés clairs, pratiques et prometteurs.
- **Pratiques prometteuses** : Décrivent chaque énoncé de qualité en détail pour expliquer à quoi ressemble le principe fondamental.
- **Exemples concrets** : Illustrent certaines façons pertinentes d'appliquer le principe fondamental dans le secteur.
- **Citations pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s** : Révèlent ce que le principe fondamental signifie pour eux.elles.
- **Descriptions pour différents publics** : Énoncent les utilisations et les résultats escomptés du principe fondamental pour a) les enfants, les jeunes et les aidant.e.s; b) les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes; et c) les décideur.euse.s. et les organes gouvernementaux.
- **Indicateurs de la qualité** : Suggèrent des façons dont les organismes peuvent mesurer l'efficacité de la mise en œuvre du principe fondamental et la façon dont celui-ci améliore les soins dans leur communauté. Pour obtenir des détails techniques concernant la mesure et le calcul des indicateurs, veuillez consulter notre [Guide de mesure relatif aux normes de qualité](#).

Comment utiliser cette norme

La « norme clinique » réfère aux normes cliniques et opérationnelles du [Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif \(MOATI\)](#).

- **Considérations relatives à la mise en œuvre** : Décrivent certains obstacles potentiels à la mise en œuvre du principe fondamental ainsi que des stratégies d'atténuation.
- **Normes et guides connexes** : Démonstrent l'harmonisation avec d'autres documents d'orientation, notamment les normes et guides nationaux et provinciaux.
- **Mise en correspondance avec la norme clinique** : Énumère les points précis de chevauchement et d'harmonisation entre le principe fondamental et les normes cliniques et opérationnelles du MOATI en ce qui a trait au traitement en établissement.

Mesure, mise en œuvre et mobilisation des savoirs

L'utilisation, la mobilisation et l'évaluation de la norme de qualité sont aussi importantes que la norme de qualité elle-même.

Mettre en pratique la vision de ce document, la mesure et l'évaluation sont des processus essentiels. Pour chaque principe fondamental, nous proposons un éventail d'indicateurs que les organismes peuvent prendre en compte pour évaluer la mise en œuvre du principe fondamental et son incidence sur la qualité de leur programme de traitement en établissement. Des indicateurs suggérés figurent dans chaque section de la norme de qualité afin d'illustrer quels indicateurs peuvent être associés à chaque principe fondamental.



Pour en savoir plus sur la façon de calculer et d'interpréter les indicateurs, y compris les méthodes de collecte des données et des exemples d'outils à utiliser, veuillez consulter notre [Guide de mesure relatif aux normes de qualité](#) et le [manuel des indicateurs](#) propre à une norme.

La norme comprend des ressources et du soutien à la mobilisation des savoirs qui sont ancrés dans la science de la mise en œuvre et qui s'appuient sur les forces des efforts existants dans l'ensemble de la province. Ces ressources peuvent être utilisées et adaptées par toute personne qui met en œuvre la norme de qualité dans son organisme ou sa communauté.



Principes fondamentaux



Fondements du traitement

Les pratiques et les valeurs qui sous-tendent tous les aspects du traitement en établissement, et qui y sont présentes.



Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

Énoncé de qualité

Les enfants et les jeunes sont au cœur de la prise de décisions tout au long du traitement en établissement, et leurs besoins, objectifs, préférences, expériences, circonstances et forces sont reconnus et respectés.

- Les enfants et les jeunes se sentent habilités à prendre des décisions éclairées sur tous les aspects de leur traitement et de leurs soins, y compris l'admission, le traitement et le congé.
- La prise de décision partagée est un processus continu tout au long du parcours de traitement en établissement.
- Les prestataires de services collaborent avec les enfants et les jeunes pour partager et comprendre l'information.
- Les plans de traitement sont individualisés et souples.
- Les jeunes participent à la conception, à la mise en œuvre et à la surveillance collective des traitements en établissement, tant au niveau organisationnel que systémique.

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.



Les **besoins** englobent les besoins cliniques, développementaux, émotionnels, en matière d'accessibilité et culturels de l'enfant, d'un.e jeune ou d'un.e aidant.e.

Pratiques prometteuses

Les enfants et les jeunes se sentent habilités à prendre des décisions éclairées sur tous les aspects de leur traitement et de leurs soins, y compris l'admission, le traitement et le congé.

Les enfants et les jeunes sont des experts de leurs propres expériences. Leurs voix sont à l'avant-plan de toute la prise de décisions tout au long du traitement en établissement, toutes les décisions relatives au traitement et aux soins étant fondées sur les besoins, les objectifs, les croyances, les préférences et les forces de chaque enfant ou jeune. Cette approche axée sur les enfants et les jeunes favorise un traitement respectueux, compatissant, sécuritaire, fondé sur l'affirmation de l'identité et réceptif.

Au cours du processus d'aiguillage et d'admission, les enfants et les jeunes reçoivent de l'aide pour bien comprendre les services et les options qui s'offrent à eux et pour prendre des décisions éclairées sur le traitement qu'ils reçoivent. Ils travaillent en partenariat avec les prestataires de services et les aidant.e.s pour élaborer conjointement des plans personnalisés de traitement et de congé et créer un environnement de traitement sécuritaire qui répond à leurs besoins et préférences physiques, émotionnels, spirituels et culturels.

La prise de décision partagée est un processus continu tout au long du cheminement vers le traitement en établissement et sera différente pour chaque enfant et chaque jeune en fonction de circonstances individuelles comme l'état de préparation, l'âge, la maturité, la capacité, les obstacles existants et les mesures de soutien disponibles. Comme ces circonstances peuvent changer au fil du temps, les prestataires de services font preuve de souplesse et travaillent avec les enfants et les jeunes d'une manière qui répond à leurs besoins. La participation des enfants et des jeunes à la prise de décision partagée peut aider à rétablir un sentiment de contrôle, à renforcer l'autoefficacité, l'autonomie et la confiance, et à accroître l'engagement envers le traitement.

À chaque étape, les prestataires de services continuent d'obtenir un consentement éclairé et d'aider les enfants et les jeunes à prendre des décisions au sujet de leur traitement et de leurs soins. Dans certains cas, un soutien accru de la part des prestataires de services et des aidant.e.s est bénéfique ou nécessaire à la prise de décision partagée, notamment en raison de l'âge ou en présence de troubles du développement et cognitifs.

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

La confiance est le fondement d'une approche axée sur les enfants et les jeunes, et les prestataires de services sont responsables d'établir cette confiance en créant un environnement sûr et respectueux dans lequel les enfants et les jeunes peuvent participer d'une manière qui respecte leurs besoins et leur état de préparation à ce moment-là.

Les prestataires de services collaborent avec les enfants et les jeunes pour partager et comprendre l'information

d'une manière qui respecte leurs préférences et leurs besoins en matière de langue, de développement et d'accessibilité et qui y répond. Une communication claire et une collaboration continue sont essentielles pour obtenir un consentement éclairé et donner aux enfants et aux jeunes les moyens de participer activement à la planification de leur traitement. Les prestataires de services s'efforcent d'établir des liens et une relation de confiance par la communication avec les enfants et les jeunes. Ils communiquent avec les enfants et les jeunes d'une manière que ces derniers peuvent comprendre pleinement et qui répond à leurs préférences, à leurs besoins et à leurs objectifs en matière de traitement, et adaptent leur approche à mesure que ces aspects évoluent.

Les enfants et les jeunes se sentent en sécurité et respectés lorsqu'ils expriment leurs besoins tout au long du traitement en établissement, et les prestataires de services écoutent, comprennent et réagissent activement sans porter de jugement.

Les plans de traitement sont individualisés et souples.

Une évaluation complète au moment de l'admission au programme aide les prestataires de services à déterminer les besoins de traitement uniques de chaque enfant ou jeune. Cette information permet à l'enfant ou à la jeune personne de collaborer avec les prestataires de services et les aidant.e.s pour élaborer conjointement un plan de traitement personnalisé. Cela permet de s'assurer que les plans de traitement sont fondés sur les forces, conformes au développement et adaptés aux besoins et objectifs individuels.

Les évaluations continues et les mises à jour régulières de ces plans aident le traitement à évoluer en fonction des besoins changeants des enfants et des jeunes. Les résultats des évaluations continues sont communiqués aux enfants, aux jeunes et, s'il y a lieu, aux aidant.e.s afin de comprendre ensemble leur importance et leur pertinence pour l'enfant ou le jeune en traitement, et comment ils orientent le plan de traitement. Cela favorise la prise de décision partagée.

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

Les plans de traitement sont souples, l'intensité et la fréquence des séances correspondant aux besoins individuels de chaque enfant ou jeune.

Les jeunes participent à la conception, à la mise en œuvre et à la surveillance collective des traitements en établissement, tant au niveau organisationnel que du système.

Les jeunes sont engagés sur une base continue et au fil du temps. La forme que prend l'engagement significatif et authentique est déterminée en collaboration avec les jeunes, qui sont considérés comme des partenaires clés dans le processus décisionnel. Les données probantes alimentent ces conversations de collaboration, et les organismes échangent des données normatives et empiriques avec les jeunes d'une manière qui leur est accessible afin d'orienter la prise de décision. Les jeunes qui participent actuellement ou ont déjà participé à un traitement en établissement ou qui tentent d'y accéder font tous partie des activités d'engagement.



Exemples concrets

- Les obstacles à la communication qui peuvent avoir une incidence sur l'engagement sont cernés et réduits. Par exemple, les interprètes, les aides à la communication, le braille, le langage gestuel ou les images sont utilisés pour s'assurer que les jeunes sont habilités à participer à leur traitement et à fournir une rétroaction sur celui-ci.
- Les prestataires de services et les ressources propres à l'organisme utilisent des conventions d'appellation normalisées ou des acronymes pour décrire et expliquer les services afin d'aider les enfants et les jeunes à mieux comprendre les services qu'ils reçoivent.
- Le soutien par les pairs des jeunes fait partie du processus d'admission pour partager l'information et les attentes du programme avec les jeunes qui sont admis à un traitement en établissement.
- Des demandes de renseignements peuvent être présentées en dehors des heures normales par l'intermédiaire de plusieurs canaux (p. ex. téléphone, courriel, message texte, en ligne). Si un problème important survient au cours d'une visite de fin de semaine à la maison, les jeunes et les aidant.e.s peuvent appeler une personne-ressource du programme de traitement pour obtenir de l'aide et des suggestions.

Les **données normatives**

désignent un ensemble de valeurs de référence normalisées, issues d'une population importante et représentative, utilisées pour établir des fourchettes ou des distributions types auxquelles les résultats individuels ou collectifs peuvent être comparés (O'Connor, 1990).

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- La stigmatisation culturelle entourant la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances peut empêcher les jeunes d'accéder à des services ou de poursuivre une évaluation en vue d'un diagnostic.
- Il peut y avoir un manque de confiance entre les prestataires de services et les enfants ou les jeunes, en particulier pour ceux qui ont des identités multiples.
- Les malentendus entre les jeunes, les prestataires de services et les aidant.e.s au sujet des besoins et des objectifs en matière de soins peuvent mener à des placements dans des environnements trop intensifs et des traitements qui ne sont pas conçus pour répondre aux besoins, aux objectifs ou aux résultats souhaités de la jeune personne.
- Les prestataires de services peuvent avoir l'impression que les politiques et les mandats des organismes vont à l'encontre des principes de soins axés sur les enfants et les jeunes ou d'un traitement souhaité.
- Un roulement élevé du personnel peut interrompre l'alliance thérapeutique et rendre difficile la planification des soins en temps opportun, harmonieuse et individualisée qui intègre de façon significative la voix des enfants et des jeunes dans les décisions relatives aux soins.

Stratégies d'atténuation

- Élaborer des plans de gestion de cas et de traitement à l'aide d'un processus décisionnel partagé et de stratégies d'élaboration conjointe. Des vérifications continues, comme l'élaboration conjointe de plans et l'utilisation de réflexions écrites ou verbales, peuvent aider à confirmer la compréhension qu'a une jeune personne des services et des options qui s'offrent à elle.
- Faire participer les jeunes à la conception des programmes et mettre en place de multiples mécanismes et possibilités de recueillir une rétroaction anonyme.
- Être à l'écoute des besoins et des désirs des enfants et des jeunes et s'efforcer de les respecter dans les décisions au sujet de leurs soins.
- Fournir de l'information sur le traitement en établissement d'une manière que les enfants et les jeunes peuvent comprendre. Il s'agit notamment d'expliquer les modèles, les plans et les options de traitement, la façon dont ces éléments appuient les besoins et les objectifs de la jeune personne, et quelles personnes fournissent les divers éléments du traitement, ainsi que comment et quand ces services sont fournis.

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« Quand je vois des soins centrés sur les enfants et les jeunes, je me sens écouté et compris. Par conséquent, je me sens plein d'espoir et reconnu. J'espère qu'on m'écouterà, qu'on me comprendra et que je pourrai obtenir les soins et le traitement dont j'ai besoin. »

- Jeune personne

« À mon avis, quand on parle d'un traitement axé sur les enfants et les jeunes, cela signifie que ces derniers doivent réellement participer au plan de traitement. Je pense que les résultats seront meilleurs s'ils participent. »

- Un.e aidant.e



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Vous vous sentez habilité à participer activement aux décisions concernant votre traitement, en tenant compte de votre situation personnelle, y compris votre état de préparation, vos préférences, vos objectifs et vos besoins. Votre voix est au cœur de toutes les décisions, et ce que vous dites est respecté tout au long de votre parcours, de l'admission au traitement et au congé. Vous vous sentez en sécurité et soutenu lorsque vous exprimez vos préoccupations et vous êtes écouté sans jugement.

Votre traitement continue de refléter ce qui compte le plus pour vous au fil du temps. Vous travaillez en partenariat avec les prestataires de services et les aidant.e.s pour comprendre vos options et prendre des décisions éclairées. L'information vous est fournie de façon claire, accessible et adaptée à votre langue, à votre stade de développement et à vos préférences en matière de communication.

Les programmes sont souples et s'adaptent à votre situation. Vos objectifs et vos préférences guident les décisions concernant la participation de votre aidant.e à votre traitement et celle des personnes qui font partie de votre réseau de soutien.

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous mettez continuellement l'accent sur la participation des enfants et des jeunes à la prise de décisions, en établissant des liens et une relation de confiance grâce à un véritable partenariat. Vous êtes à l'écoute de leurs préférences, de leurs objectifs et de leurs besoins, et vous êtes en mesure de les prioriser. L'information sur les services et les options est communiquée de façon claire, accessible et adaptée à la langue, au stade de développement et aux besoins en matière d'accessibilité.

Vous élaborez conjointement, avec chaque enfant ou jeune, des plans de traitement et de congé individualisés qui tiennent compte de son contexte physique, spirituel et culturel. Vous effectuez des vérifications régulières pour vous assurer que les objectifs sont harmonisés et que le traitement continue de répondre à ses besoins.

En tant que responsables d'organismes, vous favorisez une culture où la voix des enfants et des jeunes influence le traitement et la prise de décisions, tout en veillant à ce que les prestataires de services soient soutenus par des politiques et des procédures organisationnelles qui favorisent un engagement significatif. Vous favorisez la création d'environnements inclusifs, respectueux et culturellement adaptés où les enfants et les jeunes se sentent en sécurité, écoutés et valorisés, et vous y contribuez.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous établissez des structures et des engagements pour faire participer concrètement les enfants et les jeunes à la prise de décisions collaborative au niveau du système. Vous veillez à ce que les jeunes participent, en tant que partenaires clés, à l'élaboration conjointe de modèles de système et de cadres de traitement, dans la communication des approches et dans la mise en œuvre et le suivi de tous les aspects des services de traitement en établissement.

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent avoir participé aux décisions concernant tous les aspects de leur traitement et de leurs soins.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent que leur consentement éclairé a été sollicité tout au long de leur parcours de traitement en établissement.
- Pourcentage (%) de client.e.s qui déclarent avoir reçu une information claire d'une manière qui correspond et répond à leurs besoins en matière de langue et d'accessibilité.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent avoir élaboré conjointement leur plan de traitement.
- Le programme est doté d'un comité consultatif de jeunes qui veille à ce que l'expertise des jeunes éclaire les décisions clés au sujet du traitement en établissement (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de jeunes qui déclarent avoir participé de manière significative à la conception, à la mise en œuvre et/ou à l'évaluation du traitement en établissement.

Normes et documents connexes

- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2021). [Norme de qualité pour l'engagement des jeunes](#)
- Commission de la santé mentale du Canada (2016). [Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.](#)
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (2025a). [Norme de qualité sur les niveaux de soins : faire correspondre les soins aux besoins et aux objectifs.](#)
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés.](#)
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances.](#)
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\).](#)

Principe fondamental 1

Le traitement en établissement est axé sur les enfants et les jeunes.

[Normes cliniques et
opérationnelles du MOATI](#)

- Persi, J. et Greenham, S. (2020). [Ontario Network of Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Services :« Service guide, Standards, Benchmarks, & Literature review: Standard 2: Psychological safety, Dignity, Rights, Inclusion, & Participation ». December 3, 2020 Update.](#)
- SoinsSantéCAN et Commission de la santé mentale du Canada (2021). [Cadre de soins de santé mentale de qualité.](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 1.2, 10.2 et 13.1 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 1.1.2, 2.1.2, 3.1.1, 4.1.4, 4.1.7, 5.1.3, 5.3.4, 6.1.3, 6.1.6, 6.1.10, 7.2.2, 7.2.3, 8.4.5, 9.1.2, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.3.4, 10.1.4, 10.1.6, 12.1.15, 13.2.4, 14.1.6, 19.1.1, 19.1.10, 19.2.3, 20.1.2, 20.1.4, 21.1.6, 21.1.8 et 22.1.5.

Sources

ACSM, 2015; 2016; CSMC, 2025; Institut du savoir, 2025a; Johnson et coll., 2015; Kvamme et coll., 2024; Live-in Treatment Quality Standard Consultations (LIT QS Consultations), 2024-2026; Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), 2016; MESSSC, 2020; Ninan et coll., 2014; O'Leary et coll., 2024; Residential Treatment Working Group, 2017; Strides Toronto, 2022; Theall et coll., 2022; Woody et coll., 2019; Yeheskel et coll., 2020.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.



Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

Énoncé de qualité

Le réseau de soutien est véritablement engagé dans tous les aspects du traitement en établissement et bénéficie d'un soutien aux côtés des enfants et des jeunes.

- Les prestataires de services travaillent avec les enfants et les jeunes d'une manière adaptée à leur âge, à leurs besoins de développement et à leur capacité de déterminer la meilleure façon de faire participer les aidant.e.s au traitement.
- La participation des aidant.e.s est un élément fondamental du traitement en établissement; il existe une approche définie et cohérente pour faire participer les aidant.e.s à tous les aspects du traitement, de l'admission jusqu'au congé.
- Les aidant.e.s sont appuyés aux côtés des enfants et des jeunes afin de promouvoir le bien-être du réseau de soutien et du milieu familial, ainsi que de renforcer les relations.
- Les prestataires de services partagent et comprennent l'information en collaboration avec les aidant.e.s afin d'améliorer la communication et de renforcer l'importance du rôle d'aidant.e.
- Les aidant.e.s participent à la conception, à la mise en œuvre et à la surveillance collective des traitements en établissement, tant au niveau organisationnel que systémique.



Pratiques prometteuses

Les prestataires de services travaillent avec les enfants et les jeunes d'une manière adaptée à leur âge, à leurs besoins de développement et à leur capacité de déterminer la meilleure façon de faire participer les aidant.e.s au traitement.

L'engagement des aidant.e.s exige une approche personnalisée et tient compte des préférences, des besoins en matière de développement et du milieu familial de chaque enfant ou jeune, ainsi que de la capacité des aidant.e.s à participer. La participation des aidant.e.s privilégie la sécurité de l'enfant ou du jeune et est guidée par leur autonomie et leur consentement.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

Au moment de l'admission, les prestataires de services collaborent avec les enfants et les jeunes pour déterminer qui ils considèrent comme des aidant.e.s et qui ils aimeraient voir participer à leur traitement ou non, en reconnaissant que les aidant.e.s peuvent être considérés comme importants pour le bien-être. Les prestataires de services explorent, en collaboration avec les enfants et les jeunes, des options permettant aux aidant.e.s de mieux soutenir leur bien-être et leurs soins tout au long du traitement en établissement, notamment en trouvant des façons de faire participer les aidant.e.s qui correspondent aux préférences et au consentement de l'enfant ou du jeune. Ce travail collaboratif se fait grâce à un consentement éclairé et en consultation avec les aidant.e.s s'il est sûr et approprié de le faire.

Les enfants et les jeunes ne se voient pas refuser l'accès à un traitement en établissement s'ils n'identifient pas un.e aidant.e qu'ils souhaitent faire participer. Les prestataires de services aident plutôt les enfants et les jeunes à se constituer un réseau de soutien fiable, et restent flexibles tout au long du traitement afin d'y faire participer un.e aidant.e.

À chaque étape, les prestataires de services continuent d'obtenir un consentement éclairé et d'aider les enfants et les jeunes à prendre des décisions au sujet de leur traitement et de leurs soins. Le consentement éclairé est revu au fil du temps afin de continuer à déterminer les aidant.e.s qui sont concernés et la meilleure façon de les faire participer au traitement.

La participation des aidant.e.s est un élément fondamental du traitement en établissement; il existe une approche définie et cohérente pour faire participer les aidant.e.s à tous les aspects du traitement, de l'admission jusqu'au congé.

Les prestataires de services informent les aidant.e.s au sujet du déroulement du traitement, des objectifs que les enfants et les jeunes viseront à atteindre et le rôle des aidant.e.s. L'absence de participation des aidant.e.s au traitement en établissement n'est pas interprétée comme un manque de soins ou de responsabilités. On reconnaît plutôt les différentes façons dont les aidant.e.s fournissent du soutien, en fonction de leurs forces et de leur situation. Les obstacles à la participation des aidant.e.s (transport à destination et en provenance du centre de traitement, garde d'enfants, accès aux technologies) sont cernés et atténués en collaboration avec les enfants, les jeunes et les prestataires de soins.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

La voix des aidant.e.s est valorisée, respectée et prise en compte tout au long de la planification du traitement et de la prise de décisions. Les aidant.e.s travaillent avec les prestataires de services et l'enfant ou la jeune personne pour élaborer conjointement des plans de traitement et de congé, en veillant à ce que le traitement soit adapté aux besoins de l'enfant, de la jeune personne et du réseau de soutien. Les désaccords dans la planification des services entre les aidant.e.s et les enfants et les jeunes sont reconnus et réglés de manière collaborative.

Les aidant.e.s sont appuyés aux côtés des enfants et des jeunes afin de promouvoir le bien-être du réseau de soutien et du milieu familial, ainsi que de renforcer les relations.

Pour que les enfants ou les jeunes puissent maintenir les progrès réalisés pendant le traitement, leur environnement familial doit évoluer en même temps qu'eux. L'amélioration du fonctionnement du réseau de soutien crée un milieu familial plus favorable afin que les jeunes puissent maintenir et appliquer les compétences acquises dans le cadre d'un traitement en établissement après leur congé.

Les prestataires de services et les clients discutent des besoins des aidant.e.s dans le contexte des besoins et des objectifs propres à la jeune personne. Les prestataires de services renforcent la capacité des aidant.e.s à soutenir les enfants et les jeunes pendant et après le traitement en établissement. Les aidant.e.s reçoivent le soutien et les ressources nécessaires pour perfectionner leurs compétences et leurs connaissances afin de soutenir l'enfant ou la jeune personne de façon optimale et d'améliorer le soutien. Ces mesures de soutien et ressources sont offertes dans le cadre du programme de traitement en établissement ou au moyen d'un aiguillage tout au long du continuum des soins. Cela peut inclure de l'information et de la formation sur la santé mentale, la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances, ainsi que la participation à une thérapie individuelle ou familiale.

Les organismes appuient les aidant.e.s en coordonnant l'accès aux services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances pour adultes, en apportant un soutien pour les besoins pratiques et non liés aux soins de santé (garde d'enfants, éducation, logement, finances et emploi), et en offrant un soutien par les pairs aux aidant.e.s tout au long du traitement en établissement, de l'admission au suivi. Dans les cas où les enfants et les jeunes ne donnent pas leur consentement, mais que les aidant.e.s aimeraient participer aux soins, ils, elles reçoivent de l'aide dans leur propre parcours de soins.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s ont l'occasion de mettre en pratique leurs compétences à la maison pendant le traitement afin d'aider à se préparer à des progrès durables après le congé.

Les prestataires de services comprennent et partagent l'information en collaboration avec les aidant.e.s afin d'améliorer la communication et de renforcer l'importance du rôle d'aidant.e

dans le maintien du bien-être et la satisfaction des besoins des enfants et des jeunes. La communication avec les aidant.e.s est maintenue de façon uniforme tout au long du traitement afin de les tenir informés et engagés. Les prestataires de services communiquent de l'information aux aidant.e.s sur ce à quoi ils.elles peuvent s'attendre et la meilleure façon d'appuyer l'enfant ou la jeune personne tout au long du traitement en établissement. Il existe des mécanismes permettant aux aidant.e.s d'échanger de l'information avec les prestataires de services tout au long de l'admission, du traitement et du congé.

Les prestataires de services s'efforcent d'établir des liens et une relation de confiance au moyen de communications qui respectent la vie privée et la confidentialité de la jeune personne qui reçoit un traitement. L'information communiquée par les prestataires de services est adaptée aux besoins et préférences en matière de la langue, de culture et d'accessibilité des aidant.e.s. Cette information est transmise continuellement et au fil du temps, dans le respect de la confidentialité et de la vie privée de l'enfant ou de la jeune personne.

Les aidant.e.s participent à la conception, à la mise en œuvre et à la surveillance collective des traitements en établissement, tant au niveau de l'organisation que du système.

Les aidant.e.s sont engagé.e.s sur une base continue et au fil du temps. La forme que prend l'engagement significatif et authentique est déterminée en collaboration avec les aidant.e.s, qui sont considérés comme des partenaires clés dans le processus décisionnel. Les données probantes alimentent ces collaborations, et les organismes échangent des données normatives et empiriques avec les aidant.e.s d'une manière qui leur est accessible afin d'orienter la prise de décision. Les aidant.e.s qui participent actuellement ou ont déjà participé à un traitement en établissement ou n'ont pas encore pu avoir accès à ce traitement pour leur enfant font tous partie des activités d'engagement.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.



Exemples concrets

- Les aidant.e.s reçoivent une orientation préalable à l'admission pour rencontrer toute l'équipe interdisciplinaire, poser des questions et se familiariser avec le programme de traitement en établissement.
- Des services de soutien pour les listes d'attente sont offerts aux aidant.e.s, y compris des groupes de soutien par les pairs ainsi que des webinaires propres aux aidant.e.s, du matériel de ressources et des rencontres de suivi régulières pour fournir des mises à jour et maintenir la mobilisation.
- Lorsque le consentement approprié et éclairé a été obtenu, des conférences de cas sont tenues régulièrement avec la jeune personne en traitement et son ou ses aidant.e.s pour discuter des plans de traitement de façon collaborative.
- Quel que soit le niveau de participation au traitement de l'enfant ou du jeune, les aidant.e.s ont accès à un éventail de mesures de soutien, en personne, en ligne, ou par téléphone, tout au long du programme de traitement en établissement. Ces services comprennent notamment des groupes de soutien familial et un accompagnement par les pairs.
- Les organismes se sont engagés officiellement à collaborer avec les aidant.e.s dans la conception, la planification des politiques organisationnelles et la planification stratégique, ainsi qu'aux comités d'embauche et aux conseils d'administration.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Les relations tendues avec les aidant.e.s (avec d'autres aidant.e.s ou avec l'enfant ou la jeune personne en traitement) peuvent rendre difficile la participation des aidant.e.s au traitement en établissement.
- Il est difficile de participer aux programmes de traitement en établissement pour les aidant.e.s qui vivent loin et qui n'ont pas accès à une voiture ou au transport en commun accessible. Même lorsque les installations sont relativement proches, le manque de transport en commun ou de soutien en matière de transport rend l'accès difficile.
- Les aidant.e.s et les frères et sœurs peuvent être aux prises avec leurs propres problèmes de santé mentale, d'usage de substances et de dépendance, ce qui a une incidence sur la capacité des aidant.e.s à s'engager.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

- L'aidant.e et la jeune personne peuvent avoir des objectifs conflictuels; l'aidant.e désire prendre soin de l'enfant ou de la jeune personne, mais celui-ci ou celle-ci ne donne pas son consentement. Il est possible que le personnel n'ait pas les compétences nécessaires pour les aider à résoudre ce conflit.
- Lorsque les familles participent à des procédures concernant les droits de garde ou les droits décisionnels dans un système judiciaire, il peut être difficile et complexe de faire participer les aidant.e.s au traitement, ce qui peut nuire à la prestation des services.

Stratégies d'atténuation

- Demander aux jeunes, tôt et souvent, qui ils considèrent comme faisant partie de leur réseau de soutien. Les personnes de confiance peuvent être un.e Aîné.e, un.e représentant.e choisi.e par la jeune personne ou sa bande et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, un prestataire de services communautaires local, un.e éducateur.trice, un.e entraîneur.se ou un membre de la famille élargie.
- Établir des lignes directrices sur l'engagement des aidant.e.s au sein des organismes, afin de guider les prestataires de services quant à la façon de soutenir et de faire participer les aidant.e.s tout au long du traitement en établissement, y compris lorsque les aidant.e.s aimeraient participer, mais que les enfants et les jeunes ne donnent pas leur consentement. Réfléchir à la façon d'appuyer les aidant.e.s, de faire participer la jeune personne à la décision concernant l'information qui doit être partagée avec l'aidant.e et d'informer les aidant.e.s de l'importance de la confidentialité.
- Fournir au personnel un mentorat continu et une supervision clinique qui favorisent l'engagement des aidant.e.s. Le personnel de soutien dispose de protocoles de résolution de conflits et propose de la formation – avec l'aide d'un pair aidant qualifié – sur la manière de faire participer les aidant.e.s à la planification des soins et des traitements. Cela peut aussi inclure une communication tenant compte des traumatismes et une médiation pour combler les écarts entre les objectifs de traitement des jeunes et ceux des aidant.e.s.
- Établir des stratégies de communication claires pour toutes les étapes du programme de traitement en établissement, afin que les aidant.e.s sachent à quoi s'attendre tout au long du processus et comment leur participation contribue à améliorer les programmes de traitement en établissement.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« Je pense que les gens doivent vraiment comprendre que la participation des aidant.e.s peut concerner de nombreuses personnes différentes, y compris des ami.e.s et des frères et sœurs. Les voix qui ne se sentent pas toujours entendues sont celles qui appuient le plus la personne qui participe au programme. Il faut reconnaître que ce n'est pas toujours un parent qui joue ce rôle. »

-Jeune personne

« Ce principe fondamental signifie pour moi, en tant qu'aidant.e et intervenant.e principal.e, qu'aider les jeunes ne se limite pas à leur offrir des soins individuels; il s'agit de bâtir un solide système de soutien (parents, aidant.e.s, pairs, etc.) autour d'eux pour qu'ils se sentent compris, soutenus et pas seuls. »

-Un.e aidant.e



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants et les jeunes

Votre aidant.e participe tout au long de votre parcours de soins d'une manière qui vous semble significative. Vous pouvez changer d'avis au sujet de sa participation à mesure que vos besoins évoluent. On vous aide à prendre des décisions éclairées au sujet de la participation des aidant.e.s, notamment en matière de consentement et de confidentialité. Ces aspects sont régulièrement réévalués afin de s'assurer que les bonnes personnes participent, et cela, dans le respect de vos préférences. Toute précaution est prise pour que la participation de l'aidant.e ne cause pas de préjudice. Votre aidant.e bénéficie également d'un soutien pour renforcer sa capacité à vous soutenir pendant et après le traitement. Ce soutien peut inclure l'accès à de l'information, à de la formation et à du soutien par les pairs, ainsi que des options d'interventions thérapeutiques.

Pour les aidant.e.s

Votre voix est précieuse et nous vous écoutons. Vous êtes reconnu.e soutenu.e et tenu.e informé.e tout au long du traitement et des soins de votre enfant (l'enfant dont vous vous occupez), et vous êtes traité.e avec dignité et respect. L'engagement est adapté à vos besoins, préférences et capacités, et ceux-ci sont reconnus et respectés. Votre santé et votre bien-être sont également considérés comme étant

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

importants. Des ressources, du soutien thérapeutique et de la formation vous sont proposés, en même temps qu'à votre enfant, pour vous aider à vous orienter dans le processus de traitement. Vous restez en contact étroit avec l'équipe de traitement et avec votre enfant. Des soutiens coordonnés et des liens avec la communauté sont mis en place pour lutter contre l'isolement. On vous aide à acquérir la confiance et les connaissances nécessaires pour défendre les intérêts de votre enfant et les vôtres. Vous comprenez que le consentement peut évoluer tout au long du parcours de traitement en établissement de votre enfant, les décisions étant prises dans son intérêt supérieur. La communication des prestataires de services est claire et facile à comprendre, utilisant des formats et un langage adaptés à vos besoins.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous revoyez régulièrement le consentement éclairé avec les enfants et les jeunes afin de déterminer les personnes qui devraient participer et la meilleure façon pour les aidant.e.s de participer tout au long du traitement en établissement. Vous communiquez avec les aidant.e.s en cas de modification du consentement et vous vous assurez qu'ils comprennent ce à quoi ils doivent s'attendre. Cela se fait en utilisant des formats, des styles et un langage qui sont clairs, accessibles et adaptés aux besoins des aidant.e.s. Vous reconnaissez et validez les préférences et les capacités des aidant.e.s, en reconnaissant leurs forces et en tenant compte des circonstances qui peuvent façonner leur capacité à s'engager. Vous soutenez la santé et le bien-être des aidant.e.s en fonction des besoins et des objectifs de l'enfant ou du jeune, et en leur proposant des ressources, du soutien thérapeutique et de la formation.

En tant que dirigeant.e.s d'organismes, vous veillez à la mise en place d'infrastructures et de politiques souples pour favoriser l'engagement significatif des aidant.e.s, y compris le soutien par les pairs, les mesures d'adaptation, les options de participation virtuelle et les soutiens communautaires.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous vous employez à réduire les obstacles structurels, géographiques et socioéconomiques à la participation des aidant.e.s. Vous investissez dans les conditions qui favorisent une participation soutenue et significative des aidant.e.s tout au long du parcours de soins des enfants ou des jeunes. Vous privilégiez les approches équitables en matière d'engagement et veillez à ce que les ressources soient allouées de manière à répondre aux divers besoins et réalités des aidant.e.s dans différents contextes.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui ont collaboré avec des prestataires de services pour déterminer la meilleure façon de faire participer les aidant.e.s à leur traitement.
- Pourcentage (%) d'aidant.e.s qui déclarent avoir participé à des aspects clés du traitement en établissement.
- Pourcentage (%) d'aidant.e.s qui ont été aiguillé.e.s vers des services de soutien ou ayant bénéficié d'un soutien tout au long du traitement en établissement.
- Pourcentage (%) d'aidant.e.s qui déclarent avoir eu accès à des groupes de soutien ou à des programmes de mentorat destinés aux aidant.e.s pendant le traitement.
- Pourcentage (%) d'aidant.e.s qui affirment se sentir valorisé.e.s en tant que membre de l'équipe de soins.
- Le programme dispose d'un comité consultatif de la famille qui veille à ce que l'expertise des aidant.e.s éclaire les décisions clés au sujet du traitement en établissement (Oui/Non).
- Pourcentage (%) des aidant.e.s qui déclarent avoir participé de manière significative à la conception, à la mise en œuvre et/ou à l'évaluation du traitement en établissement.

Principe fondamental 2

Les programmes de traitement en établissement encouragent et permettent la participation des aidant.e.s.

[Normes cliniques et opérationnelles du MOATI](#)

Normes et documents connexes

- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2021). [Norme de qualité pour l'engagement des familles.](#)
- Commission de la santé mentale du Canada (2016). [Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.](#)
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (2025a). [Norme de qualité sur les niveaux de soins : faire correspondre les soins aux besoins et aux objectifs.](#)
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés.](#)
- Persi, J. et Greenham, S. (2020). [Ontario Network of Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Services : « Service guide, Standards, Benchmarks, & Literature review: Standard 2: Psychological safety, Dignity, Rights, Inclusion, & Participation ». December 3, 2020 Update.](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 11.1, 11.2 et 11.3 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 1.2.1, 1.2.2, 2.1.2, 3.1.4, 4.1.4, 4.1.7, 5.1.3, 5.1.4, 5.1.5, 5.3.4, 5.3.5, 6.1.7, 6.1.10, 7.1.3, 8.2.8, 9.2.2, 9.2.4, 9.3.1, 9.3.5, 19.1.3, 21.1.2, 21.1.6 et 21.1.8.

Sources

ACSM, 2015; 2016; Coll et coll., 2019; CSMC, 2025; Frensch et coll., 2022; Furtado et coll., 2016; Grosset et coll., 2018; Gutterswijk et coll., 2020; Herbell et coll., 2024a; 2024b; Institut du savoir, 2025a; Johnson et coll., 2015; LIT QS Consultations, 2024-2026; MSEJ, 2016; MESSSC, 2020; Ninan et coll., 2014; Patel et coll., 2019; Preyde et coll., 2020; Residential Treatment Working Group, 2017; Strides Toronto, 2022; Whittaker et coll., 2016; Yeheskel et coll., 2020.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.



Les considérations relatives à l'équité sont décrites plus en détail dans l'[annexe D](#).

Culturellement sécuritaire réfère à une pratique et des politiques réfléchies et conscientes, où les prestataires et les organisations s'attaquent aux préjugés et aux obstacles qui contribuent aux iniquités. C'est le bénéficiaire des soins, et non le prestataire, qui détermine si la sécurité culturelle est présente ou non.



Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

Énoncé de qualité

Les programmes de traitement en établissement respectent et affirment la diversité des identités des jeunes et de leurs aidant.e.s. Les considérations relatives à l'équité, à la diversité, à l'inclusion et à l'accessibilité sont intégrées dans tous les aspects des traitements en établissement, notamment l'admission, l'évaluation, la planification du traitement et la planification du congé, ainsi que dans la formation et les compétences du personnel.

- Tous les aspects du traitement en établissement sont culturellement sécuritaires, respectueux de l'identité et accessibles.
- Les soins tenant compte des traumatismes sont un élément fondamental des programmes de traitement en établissement.
- Les programmes de traitement en établissement soutiennent le personnel dans sa formation continue en vue de développer une humilité culturelle et de dispenser un traitement qui est antioppressif, antiraciste, tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaire.
- Des voies d'accès à des soins adaptés sur le plan culturel et linguistique sont offertes grâce à des politiques organisationnelles et grâce à des partenariats et à une collaboration notables.

Pratiques prometteuses

Tous les aspects du traitement en établissement sont culturellement sécuritaires, respectueux de l'identité et accessibles.

Les enfants et les jeunes peuvent explorer et affirmer leur identité dans un environnement sécuritaire, inclusif et valorisant. Les prestataires de services créent un espace pour un dialogue ouvert sans suppositions ou préjugés, en encourageant les enfants et les jeunes à partager la façon dont leur identité peut être reconnue et soutenue tout au long du traitement. Cette approche les aide à se sentir en sécurité, acceptés et habilités à engager des conversations continues sur leurs besoins en matière de traitement.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

Les diverses communautés abordent et comprennent souvent la santé mentale sous un angle spirituel, communautaire ou familial. Les programmes de traitement en établissement sont souples afin de tenir compte de ce fait et de répondre aux besoins variés des personnes qu'ils servent. Les programmes appliquent une optique d'équité aux politiques, aux procédures et au traitement pour aider à éliminer les obstacles à l'accès et veiller à ce que tous les aspects des services soient adaptables et adaptés aux valeurs et aux besoins de différentes communautés. Cela comprend des considérations et des adaptations continues pour améliorer l'accessibilité physique. Des services d'interprétation et de traduction sont fournis pour appuyer la participation au traitement, et les interprètes comprennent les conceptions culturelles de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances et la façon dont elles sont communiquées dans. La culture et la langue d'un enfant ou d'une jeune personne.

Les traitements tiennent également compte du contexte culturel et comprennent l'accès à des approches et à des perspectives particulières à la culture grâce à la collaboration et aux partenariats. Les organismes harmonisent leurs valeurs et leurs politiques avec leurs efforts de lutte contre l'oppression et le racisme. Ils maintiennent cet engagement par la transparence, la responsabilisation et un investissement continu dans les ressources, la formation et les partenariats.

La rétroaction sur le respect de la sécurité culturelle et de l'affirmation de l'identité est continuellement recueillie et contribue à l'amélioration des pratiques. En soutenant les identités uniques de chaque enfant ou jeune, les programmes de traitement en établissement aident à favoriser un sentiment d'appartenance et à renforcer l'estime de soi, ce qui est essentiel au bien-être global et à la réussite du traitement.

Les soins tenant compte des traumatismes sont un élément fondamental des programmes de traitement en établissement.

Un cadre tenant compte des traumatismes constitue le fondement de toutes les interventions thérapeutiques. Le traitement est adapté aux traumatismes et tient compte de ceux-ci, s'appuie sur la théorie de l'attachement et met l'accent sur la sécurité et la confiance. Le traitement tenant compte des traumatismes favorise l'autoréflexion continue et la sensibilisation aux préjugés. Le personnel est formé pour comprendre et

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

reconnaître les signes de traumatisme et interpréter les comportements dans une optique tenant compte des traumatismes afin qu'il puisse réagir de manière à réduire le risque de nouveaux traumatismes et de réactions pathologiques aux traumatismes.

Les programmes de traitement en établissement aident le personnel dans sa formation continue ainsi qu'à développer l'humilité culturelle et à proposer des soins antioppressifs, antiracistes, tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaires.

Tous les membres du personnel des programmes de traitement en établissement sont équipés pour répondre aux divers besoins culturels, identitaires et linguistiques des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. À cette fin, le personnel reçoit une formation continue afin d'acquérir les connaissances, les compétences et l'humilité nécessaires pour offrir des soins inclusifs et adaptés à la culture. De plus, le personnel se sent soutenu dans la prise en compte des enjeux culturels, identitaires, linguistiques et liés aux traumatismes. Des politiques, des procédures, des cheminements et des partenariats organisationnels sont également en place pour appuyer l'accès aux ressources culturelles et linguistiques, et le personnel est responsable de tirer parti de ces cheminements pour répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. De plus, la diversité des membres du personnel des programmes reflète les communautés qu'ils servent, ce qui peut favoriser une plus grande confiance et un sentiment de confort accru pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s.

Des voies d'accès à des soins adaptés sur le plan culturel et linguistique sont offertes grâce à des politiques organisationnelles, à des partenariats et à une collaboration enrichissants.

Les programmes de traitement en établissement développent et maintiennent une connaissance approfondie des organismes et des ressources culturels au sein de la communauté – comme les organismes communautaires, les centres de ressources adaptés à la culture, les programmes d'orientation pour les nouveaux arrivants et les organismes confessionnels – pour qu'ils puissent nouer des partenariats et faciliter l'accès à un soutien adapté à la culture et offert en temps opportun aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s. Selon les préférences de l'enfant ou du jeune, ces partenaires communautaires participent à la planification et à la prestation des traitements afin que les enfants et les jeunes

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.



aient accès à un soutien adapté à leur culture pendant qu'ils suivent un traitement en établissement. Le fait de rester en contact avec la communauté aide à maintenir les relations et les liens culturels et facilite les transitions.

Exemples concrets

- Les prestataires de services aident les jeunes à trouver des services fournis ou recommandés par des partenaires étroitement liés à leur culture, à leur patrimoine et à leurs traditions. Une rencontre d'introduction avec la jeune personne et le prestataire autochtone de services communautaires désigné ou la personne représentant la nation est tenue pour expliquer les services de soutien offerts et les liens communautaires.
- Des mesures d'adaptation sont prises pour veiller à ce que les enfants et les jeunes présentant des troubles d'apprentissage ou une neurodivergence puissent participer pleinement.
- Les organismes évaluent leurs pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes à l'aide d'outils validés, comme l'évaluation organisationnelle tenant compte des traumatismes subis par les enfants du National Child Traumatic Stress Network.
- Un cadre organisationnel tenant compte des traumatismes (comme le cadre de l'attachement, de la réglementation et de la compétence) sert de base aux programmes de traitement en établissement.
- Les programmes offrent des laissez-passer communautaires aux enfants et aux jeunes afin qu'ils puissent assister à des événements dans leur communauté qui sont importants pour eux, comme un défilé de la Fierté, une activité au centre communautaire local, une fête religieuse ou une cérémonie.
- Les programmes accordent la priorité à l'accès continu aux ressources d'affirmation de genre (p. ex. classeurs, maquillage, ressources imprimées et virtuelles, soutien par les pairs) et à l'accès à des prestataires de services et à des spécialistes de soins d'affirmation de genre. Ces ressources sont complétées par des lignes directrices qui portent sur la sécurité et les préférences des jeunes transgenres et de genre non conforme en ce qui a trait aux dispositions relatives au coucher, ainsi qu'à l'accès aux bains et aux toilettes dans l'environnement physique.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

- Un organisme intègre les modèles de soins et de guérison traditionnels des Premières Nations, des Inuits et des Métis (cérémonie d'attribution de nom, purification par la fumée, pow-wow). Cela pourrait comprendre l'offre de mesures de soutien axées sur la terre et l'identité qui honorent leurs croyances, leur spiritualité, leur culture et leur langue pendant le traitement en établissement.
- Les organismes offrent des services d'interprétation gratuits aux résidents de l'Ontario et aux organismes communautaires, comme Télésanté mentale.
- Les organismes possèdent et maintiennent des désignations de prestataire de services en langue française et offrent des services en français conformément aux lois applicables. On constate un engagement auprès des communautés francophones et une offre active de services en français. Les partenaires du système possédant une expertise en planification et en prestation de services en français peuvent donner des conseils sur les pratiques exemplaires.
- Les programmes intègrent des signes visibles d'alliance dans l'environnement physique (tableaux d'affichage soulignant le Mois de l'histoire des Noirs, indicateurs de progrès) et reconnaissent les dates importantes (Journée du chandail orange, Mois de la fierté, Semaine de la santé mentale).

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Des enfants et des jeunes sont incapables d'avoir accès à un traitement en établissement en raison de l'absence complète d'un tel traitement dans leur région, des limites des services et des processus difficiles et complexes d'aiguillage vers des options de traitement dans d'autres régions de la province.
- Il y a un manque d'outils d'évaluation adaptés à la culture ou de ressources propres à la population.
- Certains programmes de traitement en établissement ne prévoient pas de soins précis et réfléchis d'affirmation de genre, ce qui a une incidence sur la sécurité et la pertinence du programme, et fait en sorte que certains jeunes se sentent isolés et sans soutien.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

- Il y a peu d'organismes représentant les communautés touchées par le racisme, le colonialisme et d'autres formes d'oppression et de discrimination avec lesquels les organismes du secteur peuvent communiquer, ce qui mène à des soins moins adaptés à la culture et moins ciblés. Ces organismes sont souvent trop surchargés pour répondre aux besoins et aux objectifs des communautés qu'ils servent.

Stratégies d'atténuation

- Les organisations allouent un pourcentage de leur budget à la formation de leur personnel aux approches tenant compte des traumatismes et adaptées aux soins respectueux de la culture et de l'identité dans les milieux de traitements en établissement. Cette formation permet d'éviter que l'approche thérapeutique ne retraumatise involontairement les jeunes et leurs aidant.e.s. Par exemple, les formations pourraient comprendre les répercussions des traumatismes intergénérationnels liés aux pensionnats, la rafle des années 1960, la rafle du millénaire, les expériences négatives de l'enfance, le profilage racial et les stéréotypes.
- Mettre en place des voies d'accès à des soutiens et à des services culturellement pertinents au sein de la communauté (imans, aînés, groupes de soutien pour les familles ayant des jeunes transgenres, organismes communautaires pour les nouveaux arrivants) qui peuvent servir de médiateurs culturels, de médiateurs ou de mentors pour l'enfant ou la jeune personne.
- Collaborer avec d'autres services, par exemple, des services liés à la petite enfance et à la garde d'enfants, des services d'éducation, des services de logement, des services communautaires, d'organismes confessionnels et de chefs religieux ou spirituels, d'aide juridique et d'organismes de services sociaux.
- Tenir compte des répercussions de la prestation de services, de l'évaluation et du traitement sur le soutien aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s qui ont reçu ou qui demandent l'asile (voir la page [Soins en santé mentale pour les enfants ayant et cherchant la protection de réfugié.e.s](#)).
- Élaborer un protocole pour appuyer la prise de décisions dans les cas signalés de discrimination et de préjudice, y compris des mesures visant à assurer la sécurité et la responsabilisation.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« Pour ce qui est de l'équité et de l'inclusivité, c'est certainement quelque chose qui me tient à cœur lorsqu'il s'agit de trouver des soins adaptés à mes besoins, en particulier lorsqu'il s'agit de mon expérience vécue et de mon identité, à la fois en tant que personne queer et en tant que personne racisée issue d'un milieu rural, et de la façon dont ces facteurs s'intègrent à la manière dont je reçois des soins, à la manière dont je suis traité dans le cadre de ces soins, et aux raisons qui m'ont amené à y recourir en premier lieu. »

- Jeune personne

« La responsabilisation – veiller à ce que les gens agissent avec équité, inclusion et sensibilité aux traumatismes – est essentielle. Il est très important que cela soit mis par écrit, car cela montre à quel point le parcours de chaque personne est unique. Nous devons vraiment nous soucier de l'équité et de l'inclusion et aborder chaque personne différemment. »

- Jeune personne



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Vous êtes en mesure d'affirmer et de célébrer votre identité et votre culture tout au long de votre parcours de traitement en établissement. De l'admission à la planification du congé, vos besoins sont abordés de manière personnalisée et respectueuse de l'intersection de vos identités, de votre contexte culturel et de votre expérience vécue. Vous êtes soutenu·pour exprimer qui vous êtes d'une manière sécurisante et significative. L'environnement du programme de traitement en établissement est sécuritaire, inclusif et exempt de stigmatisation. On y reconnaît les incidences des traumatismes et favorise un fort sentiment d'appartenance.

Vos liens culturels, spirituels et communautaires sont reconnus et intégrés à votre traitement. Des renseignements clairs sont fournis au sujet des engagements du programme en matière d'équité, d'inclusion, de discrimination et de lutte contre le racisme (politiques, protocoles, plans d'action, déclarations d'engagement), notamment sur la façon dont l'organisation, les responsables et le personnel prioriseront votre sécurité et votre bien-être et traiteront toute expérience de discrimination, de violence ou de préjudice.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous reconnaissez le racisme historique, systémique et continu, le colonialisme et les autres formes d'oppression et de discrimination. Vous accordez la priorité à l'équité, à l'inclusion et à la sécurité culturelle dans tous les aspects du traitement. Vous adoptez une approche tenant compte des traumatismes, en reconnaissant leurs incidences et en intervenant de manière à privilégier la sécurité et l'établissement d'une relation de confiance, tout en évitant les pratiques susceptibles de faire revivre les traumatismes. Vous adaptez vos approches en fonction des identités multiples et du contexte culturel de chaque enfant ou jeune.

En tant que responsables d'organismes, vous établissez des partenariats significatifs qui appuient les soins culturellement sécuritaires et inclusifs. Vous mobilisez les organismes communautaires et les partenaires dans la planification, la mise en œuvre et la prestation des services afin de garantir qu'ils reflètent les besoins des diverses populations. Vous établissez des processus et des engagements clairs (politiques, procédures, protocoles) pour assurer la sécurité, la responsabilisation et le bien-être dans l'ensemble des programmes de traitement en établissement. Vous reconnaissez les expériences de discrimination, de violence ou de préjudice et y réagissez en fonction de ces processus, et vous accueillez favorablement la rétroaction pour améliorer continuellement votre approche. Vous veillez à ce que le personnel ait accès à de la formation continue, à de l'apprentissage et à des moments de réflexion sur des sujets tels que la sécurité culturelle, les pratiques antiracistes et antioppressives et les soins tenant compte des traumatismes. Vous vous efforcez de constituer et de conserver une main-d'œuvre diversifiée, confiante et compétente.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous prenez des engagements concrets pour promouvoir l'équité et les soins d'affirmation de l'identité en améliorant les politiques et les parcours de service au niveau du système. Vous affectez des ressources et mettez en place des structures qui favorisent un accès équitable, réduisent les obstacles systémiques et permettent une collaboration significative avec les partenaires communautaires, tout en vous attaquant aux obstacles auxquels font face les communautés rurales, éloignées et mal desservies.

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

Indicateurs de qualité

- Le programme dispose d'un cadre de politiques ou de pratiques écrites qui intègrent des considérations liées à la sécurité culturelle, à l'affirmation de l'identité et à l'équité dans tous les aspects du traitement en établissement (Oui/Non).
- Pourcentage (%) d'enfants, de jeunes et d'aidant.e.s. qui indiquent que la prise en charge en établissement était culturellement sécuritaire et respectueuse de l'identité.
- Pourcentage (%) d'offres de services adaptées (culturellement adaptées, respectueuses de l'identité, multilingues).
- Pourcentage (%) du personnel formé aux approches tenant compte des traumatismes.
- Le programme met en œuvre un cadre tenant compte des traumatismes qui oriente les approches thérapeutiques dans l'ensemble des traitements en établissement (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de prestataires de services formés pour offrir des soins antioppressifs, antiracistes, culturellement sécuritaires et respectueux de l'identité.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes dont les soins comprenaient la participation active des partenaires communautaires à la planification et à la prestation de soutiens adaptés à la culture.
- Le programme donne accès à des services appropriés sur le plan linguistique (interprétation, traduction, services en français, s'il y a lieu) (Oui/Non).

Normes et documents connexes

- Commission de la santé mentale du Canada (2016). [Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement](#).
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés](#).
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances](#).
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\)](#).
- Qualité des services de santé Ontario (2018). [Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario](#).

Principe fondamental 3

Le traitement en établissement est équitable, inclusif et tient compte des traumatismes.

- Régie de la santé des Premières Nations et Organisation des normes de santé (2022). [HSO 75000:2022 – Norme Sécurisation culturelle et humilité pour la Colombie-Britannique](#).
- Santé mentale pour enfants Ontario (2025). [Grandir ensemble : Promouvoir l'équité en matière de santé dans le système de santé mentale communautaire pour les enfants et les jeunes de l'Ontario](#).
- SoinsSantéCAN et Commission de la santé mentale du Canada (2021). [Cadre de soins de santé mentale de qualité](#).
- Persi, J. et Greenham, S. (2020). [Ontario Network of Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Services: Service Guide, Standards, Benchmarks, & Literature Review: Standard 2: Psychological Safety, Dignity, Rights, Inclusion & Participation](#) ». Document mis à jour le 3 décembre 2020.
- Thunderbird Partnership Foundation, Services aux Autochtones Canada et Santé Canada (2011). [Honoré nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre l'usage de substances chez les Premières Nations au Canada](#).

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 2.1 et 5.2 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 3.1.1, 4.1.1, 4.1.4, 4.1.5, 4.1.7, 6.1.2, 6.1.8, 6.1.9, 6.1.10, 8.1.3, 8.1.5, 8.2.1, 8.2.7, 9.2.1, 9.3.4, 10.1.7, 10.2.3, 10.2.4, 10.2.6, 11.1.1, 11.1.3, 11.2.4, 11.3.8, 12.1.6, 12.1.10, 12.1.11, 12.2.2, 13.2.14, 13.2.16, 15.1.2, 18.1.2, 18.1.3, 19.1.1, 19.1.5, 19.1.7, 19.1.15, 19.1.16, 20.2.1 et 22.1.5.

Sources

ACSM, 2015; Ali et coll., 2023; Bryson et coll., 2017; Burman et coll., 2024; Coll et coll., 2019; Goldman et coll., 2019; Institut du savoir, 2025a; 2025b; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Kor et coll., 2021; LIT QS Consultations, 2024-2026; MSEJ, 2016; MESSSC, 2020; Ninan et coll., 2014; Optimus SBR, 2025; Preyde et coll., 2018; SickKids, 2025; Stewart et coll., 2023; Stokes et coll., 2024.

[Normes cliniques et
opérationnelles du MOATI](#)

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.



Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

Énoncé de qualité

Les enfants et les jeunes ayant des troubles concomitants et des besoins complexes reçoivent un traitement intégré spécialisé de la part d'un personnel formé ou par l'intermédiaire de solides partenariats et d'une collaboration entre les organismes et les secteurs.

- Les enfants et les jeunes présentant des troubles concomitants et des besoins complexes reçoivent un traitement intégré et spécialisé.
- Les programmes de traitement en établissement renforcent les capacités afin de répondre aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.
- La collaboration, les partenariats et les voies d'accès aident à fournir un soutien spécialisé.



Pratiques prometteuses

Les enfants et les jeunes présentant des troubles concomitants et des besoins complexes reçoivent un traitement intégré et spécialisé.

Trouble concomitant fait référence à une personne qui présente à la fois un problème de santé mentale et de santé liée l'usage de substances. Un exemple serait celui d'une personne atteinte de schizophrénie qui souffre d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis (Institut du savoir, 2023b; 2024a).

L'admission à un programme de traitement en établissement est fondée sur des lignes directrices d'inclusion et un dépistage personnalisé, validé et complet qui tient compte des traumatismes. Les lignes directrices relatives à l'inclusion pour le traitement en établissement sont clairement définies, et elles s'harmonisent de façon transparente avec les profils cliniques des enfants et des jeunes que le programme a pour but de soutenir. Cela permet de s'assurer que chaque programme correspond le plus possible aux besoins et aux objectifs du jeune qui recherche un traitement. Dans les évaluations, l'on reconnaît que les enfants et les jeunes peuvent présenter des conditions émergentes ou en évolution qui ne répondent pas encore aux critères de diagnostic officiels; l'inclusion est fondée sur la présentation clinique et l'incidence fonctionnelle et non seulement sur le diagnostic. Les décisions d'inclusion sont individualisées; de plus, l'on considère les problèmes concomitants comme une

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

Besoins complexes : Certains enfants ou jeunes sont confrontés à des difficultés de santé mentale importantes, multiples, rares ou persistantes, susceptibles d'affecter leur fonctionnement à la maison, à l'école et au sein de la communauté. Ces difficultés sont considérées comme des besoins complexes et nécessitent souvent des services intensifs. (Institut du savoir, s. d.).

indication, et non comme un obstacle. Lorsqu'ils déterminent les meilleures options de traitement, les responsables de programmes tiennent compte des spécialisations et de l'expertise du personnel, des ressources et des capacités supplémentaires, des collaborations et des partenariats officiels, ainsi que des services intégrés, y compris d'autres programmes au sein de l'organisme. Il existe aussi des considérations relatives à la sécurité comprenant des voies claires pour la stabilisation grâce à des services hospitaliers ou de soins actifs. Si un programme de traitement en établissement ne peut pas répondre aux besoins d'un enfant ou d'un jeune, les organismes facilitent l'aiguillage vers un autre programme qui convient mieux.

Les programmes de traitement en établissement renforcent les capacités afin de répondre aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

Les programmes sont adaptables, holistiques et souples, et offrent des plans de traitement individualisés qui répondent aux besoins uniques de chaque enfant ou jeune, tout en tirant parti de la collaboration et des partenariats pour combler les lacunes en matière d'expertise. L'ensemble du personnel possède des compétences cliniques de base en matière de troubles concomitants et de santé liée à l'usage de substances, ainsi que de difficultés comportementales et développementales. Lorsqu'un soutien supplémentaire est nécessaire pour répondre pleinement aux besoins d'un enfant ou d'un jeune, les prestataires de services collaborent avec les partenaires du système, les enfants et les jeunes ainsi que les aidant.e.s afin d'explorer les options d'aiguillage. Tout au long de ce processus, l'organisme d'aiguillage participe activement au processus en vue d'assurer la continuité des soins et le partage des responsabilités jusqu'à ce qu'un programme qui convient le mieux soit établi.

La collaboration, les partenariats et les voies d'accès aident à fournir un soutien spécialisé.

Les enfants et les jeunes présentant des troubles concomitants et des besoins complexes nécessitent souvent un éventail de services spécialisés, tant dans le secteur communautaire de la santé mentale des enfants et des jeunes, et de la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances que dans d'autres secteurs. Chaque programme de traitement en établissement met en place d'étroites collaborations,

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.



des voies d'aiguillage et des soins intégrés à l'interne par l'intermédiaire de partenariats afin que les enfants et les jeunes reçoivent un soutien coordonné qui répond à l'ensemble de leurs besoins.

Exemples concrets

- Les programmes de traitement en établissement mettent en œuvre des modèles individuels provisoires de dotation pour soutenir les jeunes qui ont des besoins comportementaux importants.
- Une équipe de soins intégrés donne accès à des mesures de soutien spécialisées cruciales au sein d'organismes et entre ceux-ci, comme les infirmier.ière.s et les spécialistes en dépendances, les coordonnateur.trice.s de cas, les ergothérapeutes, les éducateur.trice.s, les travailleur.euse.s sociaux.ciales, les travailleur.euse.s de soutien, les spécialistes en dynamique de la vie, les thérapeutes du comportement, les ludothérapeutes et les art-thérapeutes, les spécialistes du soutien au logement et les orthophonistes.
- Les organismes offrent un soutien personnalisé aux jeunes qui ont accès à des services de traitement en établissement et qui sont enceintes ou qui sont de nouveaux parents, y compris des services de garde d'enfants, des interventions en matière de santé mentale du nourrisson et d'attachement parent-enfant, un soutien financier, un transport fiable, des programmes de groupe et groupes de soutien par les pairs.
- Les organismes conçoivent l'environnement physique d'un programme d'une manière qui répond à des besoins complexes (p. ex. en incluant des salles sensorielles), et en se conformant aux normes énoncées dans la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO).

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Les organismes peuvent avoir de la difficulté à recruter du personnel possédant l'expertise nécessaire dans le domaine des troubles concomitants et des besoins complexes, de même qu'à obtenir du temps et des ressources pour la formation dans ces domaines.
- Les programmes de traitement en établissement ne sont pas en mesure d'appuyer efficacement la gestion du sevrage, ce qui entraîne l'exclusion des jeunes ayant des besoins importants en matière de santé liée à l'usage de substances, les laissant dépendre uniquement de la gestion du sevrage, souvent sans soutien complémentaire solide.

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

- En raison des ressources limitées, certains organismes doivent réduire le nombre d'admissions afin de soutenir adéquatement les jeunes ayant des diagnostics multiples ou des besoins complexes, ou les deux.
- La complexité croissante et rapide des besoins dans l'ensemble des programmes de traitement en établissement peut rendre difficile l'harmonisation d'un traitement personnalisé en temps opportun avec les modèles de financement existants. Les modèles de financement et la complexité des besoins évoluent souvent selon des calendriers différents.

Stratégies d'atténuation

- Établir des voies d'aiguillage claires entre les organismes et des rôles bien définis afin d'appuyer les soins intégrés.
- Réunir des partenaires communautaires multisectoriels pour organiser des conférences de cas conjointes afin de coordonner les plans de traitement et de soutenir les jeunes ayant des besoins complexes qui nécessitent des considérations et des services de traitement supplémentaires provenant de plusieurs systèmes.
- Lorsque la stabilité est requise à l'admission, mettre en place des mesures de sécurité comportant des parcours clairs de stabilisation au moyen de services hospitaliers ou de soins actifs ainsi que de transitions ultérieures vers des programmes de traitement en établissement. Tout au long de ce processus, l'organisme d'aiguillage continue de participer activement pour assurer la continuité des soins et le partage des responsabilités.
- Veiller à ce que les équipes interdisciplinaires des programmes de traitement en établissement reçoivent de la formation et du mentorat par l'intermédiaire de plateformes collaboratives provinciales (le [projet ECHO](#) (en anglais seulement), par exemple), afin de promouvoir l'échange de connaissances et de renforcer la pratique collective pour aider les jeunes ayant des besoins complexes.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« J'ai vécu des expériences très douloureuses où ce soutien [pour les troubles concomitants et les besoins complexes] était inexistant. Voir que cela est un principe fondamental est vraiment encourageant, car je pense que même avec un seul diagnostic, la situation reste complexe. Il faut reconnaître à quel point le parcours de certaines personnes peut être complexe et répondre à la nécessité d'adaptation et de flexibilité dans les programmes. Il faut comprendre que ce n'est pas tout noir ou tout blanc. »

- Jeune personne

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

« J'apprécie vraiment l'ajout de la prise en compte des troubles concomitants et des besoins complexes, parce que cela a été très cloisonné par le passé et que ça doit cesser. »

- *Un.e aidant.e*

« Ce qui me frappe dans ce cas-ci, c'est que je pense aux familles qui se voient refuser de l'aide parce qu'on leur dit que leur enfant est un cas trop complexe. Je pense que cette section devrait clairement indiquer qu'aucun enfant ne sera refusé et qu'un traitement sera trouvé dans la mesure du possible. C'est ce que les familles veulent entendre : qu'on trouvera une solution. »

- *Un.e aidant.e*



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Votre traitement est personnalisé en fonction de vos besoins particuliers, y compris les besoins concomitants et complexes – physiques, intellectuels ou développementaux. Votre équipe soignante possède les compétences et l'expertise nécessaires pour vous apporter le soutien approprié. Vous recevez des renseignements clairs pour appuyer votre prise de décision, notamment au sujet de votre traitement et des services complémentaires précis disponibles pour répondre à vos besoins. Vous avez accès à un éventail d'options appropriées, et l'admission aux programmes est guidée par vos besoins plutôt que par la seule disponibilité des places. Votre traitement est coordonné entre les différents services afin d'assurer sa continuité et sa cohérence. Des efforts sont déployés pour que vous ne soyez pas exclu du traitement en raison de lacunes dans la disponibilité des services ou dans les compétences des prestataires. Vous êtes orienté rapidement vers des soins appropriés, intégrés, concomitants ou collaboratifs.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous privilégiez l'admission fondée sur l'inclusion plutôt que sur des critères d'admissibilité restrictifs. Le traitement est individualisé de manière à refléter les besoins uniques et complexes de chaque enfant et jeune. Vous collaborez avec des organismes de divers secteurs pour fournir un soutien complet et coordonné, y compris en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et d'autres services pertinents.

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

En tant que responsables d'organismes, vous soutenez la mise en place et le maintien de voies d'accès et de partenariats clairs qui permettent un accès rapide à des services appropriés et coordonnés. Vous veillez à ce que les effectifs soient adéquats et investissez dans la formation continue pour renforcer les capacités du personnel.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous allouez des fonds et des ressources pour améliorer l'accès au traitement pour les enfants et les jeunes qui ont des troubles concomitants et des besoins complexes. Vous favorisez la collaboration et la communication intersectorielles afin de réduire le cloisonnement et la fragmentation et d'assurer la cohérence et la complémentarité des politiques, des mandats et des services. Vous soutenez des modèles de services intégrés qui répondent à des besoins de santé complexes et diversifiés.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes présentant des troubles concomitants et des besoins complexes qui bénéficient d'un traitement coordonné et spécialisé, assuré par deux membres ou plus d'une équipe interdisciplinaire.
- Pourcentage (%) de membres du personnel déclarant appliquer systématiquement le ou les modèles de traitement prévus dans leur pratique.
- Pourcentage (%) de membres du personnel possédant une formation ou des compétences en matière de troubles concomitants et de besoins complexes.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes ayant des besoins complexes qui accèdent à des services spécialisés dans le cadre de partenariats ou de voies d'accès établis.

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

Normes et documents connexes

- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2023). [Compétences comportementales pour les intervenants en santé mentale et en usage de substances au Canada](#).
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2023). [Compétences techniques pour les intervenants en santé mentale et en usage de substances au Canada](#).
- Collectif du système de soins scolaire et communautaire (2022). [Bons soins au bon moment : Renforcer le système de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants et les jeunes de l'Ontario](#).
- Conseil canadien des normes (2022). [Feuille de route de normalisation en SMSLCS](#).
- Hernandez-Basurto, M. A., Bate, E., et Taha, S. (2024). [Compétences en santé liée à l'usage de substances pour tous les prescripteurs](#). Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés](#).
- Newfoundland Labrador Department of Health and Community Services, Santé Canada et Rush, B. (2015). [Concurrent disorders guidelines](#).
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances](#).
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\)](#).
- Qualité des services de santé Ontario (2020). [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool : Soins destinés aux personnes de 15 ans et plus](#).
- Qualité des services de santé Ontario (2018). [Trouble de consommation d'opioïdes \(la dépendance aux opiacés\) : Soins destinés aux personnes de 16 ans et plus](#).
- Thunderbird Partnership Foundation, Services aux Autochtones Canada et Santé Canada (2011). [Honorer nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre l'usage de substances chez les Premières Nations au Canada](#).

Principe fondamental 4

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins uniques des jeunes qui présentent des troubles concomitants et des besoins complexes.

[Normes cliniques et opérationnelles du MOATI](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 8.1, 8.2, 10.1, 12.1 et 15.1 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 4.1.3, 4.1.8, 6.1.5, 6.1.6, 6.3.2, 9.1.2, 9.1.3, 9.1.4, 12.2.1, 12.2.2, 12.2.3, 12.2.5, 12.2.8, 13.2.3, 13.2.4, 13.2.14, 13.2.16, 17.1.2, 17.1.3, 17.1.9, 19.1.1, 19.1.4, 19.1.14, et 20.2.1.

Sources

ACSM, 2015; 2016; Ali et coll., 2023; Burman et coll., 2024; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023; Consortium des organismes responsables, 2021; Gouvernement de l'Ontario, 2016; Johnson et coll., 2015; LIT QS Consultations, 2024-2026; O'Leary et coll., 2024; Pumariega et coll., 2003.



Administration du traitement

Les pratiques et les processus qui soutiennent la prestation de traitements de grande qualité.



Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.

Énoncé de qualité

La conception des modèles de programmes cliniques et l'élaboration des plans de traitement individualisés reposent sur les données probantes. Les évaluations de routine qui ont été effectuées à des moments clés, comme l'admission et le congé, sont utilisées pour suivre les progrès réalisés par l'enfant ou le jeune vers l'atteinte de ses objectifs de traitement et d'évaluer l'efficacité des modes de traitement.

- Les traitements sont personnalisés et souples, et reposent sur une compréhension biopsychosociale afin de répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.
- Les programmes de traitement en établissement sont guidés par des modèles de traitement bien définis et fondés sur des données probantes.
- Les soins fondés sur des mesures orientent les décisions de traitement.

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.



Pratiques prometteuses

Les traitements sont individualisés et souples, et reposent sur une compréhension biopsychosociale afin de répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.

Une évaluation complète à l'admission est utilisée pour aider à déterminer les forces, les défis et les besoins en matière de traitement de l'enfant ou du jeune afin que le traitement soit adapté à ses besoins individuels. S'il y a lieu, ces évaluations exhaustives tiennent également compte des forces et des défis des aidant.e.s, de sorte que le traitement peut être adapté pour mieux soutenir le système de prestation de soins. Les évaluations tiennent compte des traumatismes et sont fondées sur les forces. Ils adoptent une approche adaptée à la culture pour comprendre les facteurs de protection et les approches de guérison. Au besoin, les organismes peuvent accéder à des services spécialisés de consultation, d'évaluation et de soutien pour les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes, au moyen de voies d'accès et de partenariats.

Le traitement est guidé par une compréhension complète du bien-être des enfants et des jeunes, en reconnaissant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, ainsi que les multiples systèmes interconnectés – comme les aidant.e.s, la communauté et la culture – qui influencent leurs expériences, leurs besoins et leur capacité à participer au traitement. Cela oriente l'élaboration de plans de traitement individualisés en collaboration avec les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. Les plans de traitement utilisent une approche intégrée pour aborder tous les domaines de la vie, y compris la santé mentale, la santé liée à l'usage de substances, la santé physique, les besoins en matière de développement et de comportement, les besoins des aidant.e.s, le fonctionnement social, les besoins en matière de sécurité, les besoins spirituels et culturels et les préférences, de même que les objectifs éducatifs et les besoins financiers. Les plans de traitement sont systématiquement revus au fil du temps pour tenir compte des progrès et de l'évolution des besoins.

Une approche interdisciplinaire est adoptée pour les traitements, fondée sur l'expertise de divers professionnels, afin de répondre aux besoins complexes des enfants et des jeunes et des aidant.e.s, et d'offrir des soins holistiques. Cela comprend également la collaboration avec les prestataires de services existants et les ressources lors de l'élaboration des plans de traitement, et le maintien d'une communication constante avec ces derniers tout au long du traitement.

Approche biopsychosociale

reconnaît que la santé et le bien-être sont façonnés par l'interaction dynamique des influences biologiques, psychologiques et sociales, et que la compréhension et le soutien d'une personne exigent qu'on porte attention à ces trois domaines plutôt qu'à un seul aspect isolé (Engel, 1977; Vögele, 2015).

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.

Traitement : désigne des interventions ou des modalités fondées sur des données probantes (types de thérapies TCC et TCD) qui ciblent des problèmes et des symptômes précis de santé mentale et santé liée à l'usage de substances, tels les troubles liés à l'usage de substances, la dépression ou l'anxiété.

Données probantes :

renseignements utilisés pour éclairer les processus et les pratiques de prise de décisions. Dans la présente norme, les « données probantes » désignent l'information provenant de la littérature universitaire et grise, de l'expertise vécue, des expériences des prestataires de services, ainsi que du savoir traditionnel et des pratiques judicieuses.

Pour offrir un traitement efficace fondé sur des données probantes, les prestataires de services instaurent un climat de confiance en établissant des alliances thérapeutiques, en créant un environnement chaleureux et réceptif qui soit physiquement, émotionnellement, spirituellement et culturellement sécuritaire, auquel les enfants et les jeunes peuvent participer d'une manière qui reflète leurs besoins et leur état de préparation.

Les programmes de traitement en établissement sont guidés par des modèles de traitement bien définis et fondés sur des données probantes.

Un cadre tenant compte des traumatismes (comme le cadre de l'attachement, de la réglementation et de la compétence) constitue le fondement de toutes les interventions thérapeutiques. Les programmes de traitement en établissement érigent leurs modèles de programmes cliniques sur des modalités de traitement fondées sur des données probantes (thérapie cognitivo-comportementale [TCC], thérapie comportementale dialectique [TCD] et résolution conjointe de problèmes [RCP], par exemple). Les modèles de programmes cliniques et les modalités de traitement choisies sont fondés sur les profils cliniques et les besoins particuliers des enfants et des jeunes pris en charge par le programme. Les modalités de traitement fondées sur des données probantes ne tiennent pas toujours compte de la diversité des populations ni des approches adaptées à la culture. C'est pourquoi ils sont appliqués avec souplesse et adaptés aux besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. Le modèle de programme clinique constitue la base de la planification individualisée des traitements, informant sans prescrire les types, l'intensité et la fréquence des interventions thérapeutiques. Il établit une norme minimale de traitement tout en permettant que les plans de traitement soient individualisés et adaptés aux besoins uniques de chaque enfant ou jeune.

Le soutien par les pairs pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. est intégré comme une composante essentielle du traitement en établissement, et les enfants et les jeunes peuvent avoir accès à des interventions adaptées à leur culture. Au besoin, la collaboration et les partenariats comblent les lacunes en matière d'expertise.

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.

Le personnel applique les principes et les stratégies du modèle de traitement au sein du milieu thérapeutique afin de créer un environnement cohérent, structuré et soutenant qui renforce les objectifs thérapeutiques dans tous les aspects des soins. Dans ce milieu thérapeutique, le personnel utilise les routines et interactions quotidiennes, les expériences et les relations comme possibilités thérapeutiques qui complètent et renforcent les interventions fondées sur des données probantes menées par les prestataires de services. Pour soutenir cette approche intégrée, tous les membres du personnel reçoivent une formation sur le modèle clinique, ainsi qu'une supervision clinique, afin de garantir que le traitement soit dispensé de manière cohérente, efficace et fidèle, avec validation par la hiérarchie sur les décisions clés. Les organismes suivent aussi l'évolution des modalités de traitement et des nouveaux modèles de traitement, et s'y adaptent dans le cadre de leur démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les soins fondés sur des mesures orientent les décisions de traitement.

Les programmes de traitement en établissement utilisent une approche de soins qui repose sur des mesures, combinant des outils fondés sur des données probantes avec l'expertise vécue par les jeunes et les aidant.e.s, pour élaborer des plans de traitement itératifs et individualisés. Les évaluations de routine à des moments clés (admission, tout au long du traitement, congé) aident à déterminer si les enfants, les jeunes et, le cas échéant, les aidant.e.s font des progrès vers l'atteinte des objectifs et des résultats thérapeutiques qu'ils ont définis, afin d'évaluer l'efficacité de la modalité de traitement, et informer les patients de leur état de préparation à la transition en cours de traitement. Les évaluations continues permettent d'adapter les plans de traitement aux besoins changeants des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.

Les soins fondés sur des mesures

Les soins fondés sur des mesures consistent en la collecte systématique et continue de données normalisées sur les symptômes, le fonctionnement et l'expérience d'une personne tout au long des soins. Ces données sont utilisées pour suivre les progrès et éclairer la prise de décisions cliniques.

Les résultats des évaluations sont communiqués aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s d'une manière facile à comprendre et adaptée à leur développement pour faciliter la prise de décisions concertée. Dans le cadre de cette démarche collaborative, les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont informé.e.s du déroulement des évaluations et des réévaluations, soit des outils utilisés, des renseignements recueillis et de la façon dont elles les accompagneront dans leur parcours de traitement en établissement. Ce processus respecte la confidentialité, la sécurité et la souveraineté des données. Les évaluations contribuent à réduire la stigmatisation liée à la santé mentale, à l'usage de substances et aux dépendances, et incluent des échanges sur la stigmatisation personnelle, sociale et structurelle.

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.



Exemples concrets

- Les organismes définissent un modèle clinique ancré à la fois dans la TCC et la thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE).
- L'ensemble du personnel est invité à se joindre à une équipe de consultation interdisciplinaire afin de s'assurer qu'ils ont la possibilité de se consulter et de se soutenir mutuellement pour maintenir leurs compétences et leur adhésion au modèle de traitement.
- Les organismes s'appuient sur les conclusions issues du *Rapport sur les populations cliniques* de 2025 du MOATI pour cerner les profils cliniques qui sont les mieux pris en charge par leur programme de traitement en établissement.
- Ils utilisent l'outil CALOCUS-CASII au moment de l'admission, à mi-parcours et lors des transitions pour éclairer la prise de décisions clinique et suivre les progrès.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Il existe peu de données probantes valides et fiables sur les résultats des traitements à long terme, la durée appropriée du séjour et les indicateurs de mesure du rendement des traitements en établissement de la santé mentale.
- L'évolution rapide et la complexité des profils cliniques dans le cadre d'un traitement en établissement exigent une synthèse solide et continue de la recherche pour mieux comprendre quels enfants et quels jeunes sont les plus susceptibles de bénéficier d'un traitement en établissement. De plus, le fait de se fier uniquement aux profils cliniques des enfants et des jeunes qui suivent actuellement un traitement en établissement ne permet pas de comprendre les profils cliniques des personnes qui n'ont pas accès à ce type de traitement, mais qui pourraient en tirer parti.
- L'uniformisation des exigences en matière de permis soulève d'importants défis pour les prestataires de traitement en établissement. Par exemple, les approches actuelles en matière de permis ne font pas de distinction entre les services agréés et les traitements en santé mentale agréés lorsqu'un traitement fondé sur des données probantes est requis.

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.

Stratégies d'atténuation

- Établir des partenariats avec des organismes de recherche et des organismes intermédiaires afin d'accroître la capacité de participation à la recherche et à l'évaluation, ainsi que de renforcer les données probantes entourant les programmes de traitement en établissement et l'efficacité de diverses modalités de traitement.
- Adopter des normes cliniques et opérationnelles (telles que celles élaborées par le MOATI) pour appuyer la création, la définition et la mise en œuvre de modèles de programmes cliniques pour le traitement en établissement.
- Offrir une formation sur le modèle de programme clinique et les modalités de traitement à tout le personnel de première ligne, afin d'assurer une compréhension et une prestation uniformes quelle que soit la fonction professionnelle.
- Utiliser les outils et les processus de mise en œuvre pour déterminer et exploiter les composantes complémentaires des normes d'agrément, cliniques et de qualité, et harmoniser les efforts de conception et d'évaluation des programmes.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« De nombreuses cultures et religions reconnaissent d'autres modalités de traitement que la TCC et la TCD et qui seraient considérées comme fondées sur des données probantes dans leur culture... Personnellement, certaines des modalités de traitement que j'ai connues et qui me semblaient super efficaces n'étaient ni la TCC ni la TCD. C'était des choses comme l'hortithérapie et la zoothérapie. »

- Jeune personne

« Il s'agit, en partie, de bien définir les données probantes qui seront utilisées et d'inclure aussi les données probantes provenant de la famille. Il faut aussi être très clair au sujet des besoins de la famille. Je me souviens qu'à un moment donné, dans un contexte clinique, on parlait de notre fils, et on évoquait des progrès et l'atteinte de toutes sortes de marqueurs du progrès, mais il était encore très violent, et ce n'était pas sécuritaire pour ses frères et sœurs. »

- Un.e aidant.e

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

On vous informe de ce que comprend votre plan de traitement et des données probantes à l'appui, et on vous donne des explications claires pour vous aider à comprendre. Votre plan de traitement est individualisé, et il reflète vos préférences et votre contexte social, culturel et spirituel. Il s'agit d'une approche holistique qui tient compte des différents aspects de votre bien-être et qui évolue au fil du temps en fonction de vos besoins et de votre situation. Les évaluations de routine aident à déterminer les domaines où un soutien est nécessaire, orientant ainsi la planification et l'ajustement du traitement tout au long du parcours de soins en établissement. Les évaluations sont présentées et effectuées de manière à être pertinentes et utiles à votre parcours de soins. Vous connaissez et comprenez parfaitement les outils utilisés et les renseignements recueillis, et vous comprenez clairement comment ces renseignements contribueront à l'atteinte de vos objectifs de traitement.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous veillez à ce que les plans de traitement soient individualisés et souples afin de répondre aux besoins uniques des enfants et des jeunes. Vous comprenez les nombreux aspects et systèmes qui façonnent l'expérience d'un jeune, et vous fondez le traitement sur une approche biopsychosociale. Vous dispensez un traitement basé sur des modèles fondés sur des données probantes et restez conscient et transparent quant à vos éventuelles lacunes en matière de connaissances, de formation ou de confiance. S'il y a lieu, vous intégrez des approches culturellement sécuritaires pour veiller à ce que les traitements tiennent compte de la diversité des identités.

En tant que responsables d'organismes, vous faites la promotion de l'utilisation uniforme d'approches fondées sur des données probantes, tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaires, et vous soutenez l'évaluation et l'apprentissage continus pour que les approches demeurent pertinentes et conformes aux pratiques exemplaires.

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse, vous soutenez la recherche continue, l'élaboration itérative de politiques et l'allocation des ressources correspondantes pour déterminer et mettre en œuvre un éventail d'approches fondées sur des données probantes et adaptées aux différents niveaux de complexité et à la diversité des populations participant au traitement en établissement. Cela comprend des approches culturellement sécuritaires, le cas échéant. Vous favorisez l'harmonisation, au sein du système, de la façon dont les modèles cliniques sont compris et appliqués, tout en offrant la souplesse nécessaire pour garantir leur pertinence et leur adéquation aux besoins des enfants et des jeunes au fil du temps.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui font l'objet d'une évaluation complète visant à soutenir leur plan de traitement.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent que l'approche de traitement a été individualisée pour correspondre à leurs besoins, à leurs préférences et à leurs objectifs.
- Le programme comporte des modèles de traitement fondés sur des données probantes pour orienter la planification du traitement individualisée et les interventions thérapeutiques quotidiennes (Oui/Non).
- Le programme dispose de processus structurés de formation et de supervision clinique, y compris l'approbation par les superviseurs des décisions clés et de la documentation, afin d'appuyer l'application uniforme de modèles de traitement fondés sur des données probantes (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de membres du personnel qui déclarent avoir confiance en l'application des principes et des stratégies du ou des modèles de traitement par le milieu.
- Il existe des moments, dans le programme, pour suivre les progrès des enfants et des jeunes, réévaluer leurs besoins et mesurer les résultats de leur traitement (Oui/Non).
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui, à des intervalles définis, reçoivent du soutien pour examiner et comprendre leurs données sur les progrès réalisés (par exemple au moyen d'outils visuels, de résumés ou de discussions).

Principe fondamental 5

Le traitement en établissement repose sur des modèles de programmes cliniques et des modalités de traitement fondés sur des données probantes.

Normes et documents connexes

- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés.](#)
- Newfoundland Labrador Department of Health and Community Services, Santé Canada et Rush, B. (2015). [Concurrent disorders guidelines.](#)
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances.](#)
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\).](#)
- SoinsSantéCAN et Commission de la santé mentale du Canada (2021). [Cadre de soins de santé mentale de qualité.](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 6.1, 6.2, 6.3, 8.1, 8.2, 8.4, 10.1, 12.1 et 15.1 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 11.3.7, 14.2.3, 14.2.5, 20.2.2, 20.2.3, 20.2.4, 20.2.5, 20.2.6 et 20.2.7.

Sources

ACSM, 2015, 2016; Consortium des organismes responsables, 2021; Creed et coll., 2021; Evans et coll., 2020; Gharabaghi, 2024; Gouvernement du Canada, 2024; Institut du savoir, 2025a; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Kanter, 1989; Kvamme et coll., 2024; Lanier et coll., 2020; LIT QS Consultations, 2024-2026; MSEJ, 2016; Ninan et coll., 2014; O'Leary et coll., 2024; Theall et coll., 2022; Yeheskel et coll., 2020.

[Normes cliniques et opérationnelles du MOATI](#)

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.



Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

Énoncé de qualité

Les programmes de traitement en établissement offrent un environnement chaleureux et réceptif, où le traitement fondé sur des données probantes est judicieusement intégré à la thérapie par le milieu et à des activités comme les loisirs, l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne ainsi que d'autres spécialités et approches thérapeutiques adaptées ou alternatives pour fournir un soutien holistique.

- Le traitement et les soins sont intégrés dans un but précis.
- Une approche holistique du traitement est adoptée pour soutenir le bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel des enfants et des jeunes et favoriser le développement des compétences.
- Le traitement en établissement offre un environnement chaleureux et réceptif qui est physiquement, émotionnellement, spirituellement et culturellement sécuritaire.



Pratiques prometteuses

Le traitement et les soins sont intégrés dans un but précis.

Le traitement en établissement comprend deux composantes interreliées, soit un traitement fondé sur des données probantes (p. ex. la TCC et la TCD) et le milieu thérapeutique. Le traitement fondé sur des données probantes est intégré à la thérapie par le milieu, où l'environnement de soins agit comme une intervention thérapeutique. Le milieu thérapeutique prolonge le soutien apporté par le traitement fondé sur des données probantes, où les routines et les interactions quotidiennes de même que les expériences et les relations sont mises à profit pour renforcer les compétences. Les modèles de programmes cliniques encadrent les interactions quotidiennes au sein du milieu thérapeutique. De cette façon, les interventions en milieu thérapeutique et le traitement clinique se conjuguent pour créer une approche cohésive et holistique du traitement. Cette intégration repose sur une documentation officielle, telle qu'un cadre de programmation intégrée propre à l'établissement, et est soutenue par la formation du personnel, afin d'en garantir la mise en œuvre uniforme et efficace.

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

Une approche holistique du traitement est adoptée pour soutenir le bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel des enfants et des jeunes, et favoriser le développement des compétences.

En complément des traitements fondés sur des données probantes, les programmes de traitement en établissement offrent aux enfants et aux jeunes la possibilité de participer à diverses d'activités, notamment l'activité physique, les activités dans des espaces extérieurs, des activités récréatives et communautaires, ainsi que d'autres approches thérapeutiques comme l'art-thérapie et la musicothérapie. Les activités quotidiennes sont personnalisées, adaptées au développement de chaque enfant et jeune, tenant compte de leur culture et centrées sur leurs besoins. Elles équilibrent le traitement avec des expériences qui favorisent l'acquisition de compétences (aptitudes à la vie quotidienne, relations avec le personnel et les pairs, capacités d'adaptation). Les programmes proposent un éventail d'activités et d'approches répondant aux besoins et aux préférences des enfants et des jeunes, et ces derniers choisissent celles qui leur conviennent. Les programmes sont accessibles à tous, quelles que soient leurs capacités, grâce à la mise à disposition, au besoin, de technologies d'assistance, d'équipements adaptés, d'aménagements sensoriels, d'aides à la mobilité et d'adaptations cognitives.

La promotion de la santé, notamment l'éducation en matière de santé sexuelle et d'utilisation de substances, est intégrée aux routines quotidiennes. Cette approche holistique du traitement favorise le bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel et offre aux enfants et aux jeunes des occasions de développer leurs compétences. Les enfants et les jeunes bénéficient également d'un soutien pour leurs besoins non médicaux et pratiques (garde d'enfants, logement, finances, et emploi). Ces considérations appuient la durabilité des soins en santé mentale et en traitement des dépendances après la sortie de l'établissement. Au besoin, des aiguillages vers d'autres services de soutien liés ou non aux soins de santé sont effectués, et une coordination est assurée avec ces derniers.

Les considérations relatives à l'équité sont décrites plus en détail dans l'[annexe D](#).

Le traitement en établissement offre un environnement chaleureux et réceptif qui est physiquement, émotionnellement, spirituellement et culturellement sécuritaire.

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

Le cadre de vie en établissement offre aux enfants et aux jeunes un environnement sécurisant et bienveillant, un espace structuré et sécuritaire propice à leur épanouissement. Cet environnement accessible et inclusif prend en compte les besoins individuels et respecte la manière unique dont chaque enfant ou jeune vit sa sécurité physique, émotionnelle, spirituelle et culturelle. Ce milieu de soins chaleureux et réceptif favorise un traitement de grande qualité. L'environnement physique est accessible, accueillant et confortable, et offre un accès à la nature et à des espaces verts. L'environnement est conçu pour allier confort et sécurité tout en préservant l'intimité.

Les relations thérapeutiques et les liens positifs tissés dans le cadre du traitement en établissement sont tout aussi importants. Les programmes privilégient des interactions respectueuses, réceptives et sécuritaires entre le personnel et les jeunes, ce qui est essentiel à une bonne santé mentale. Les voix des clients, notamment leurs objectifs, leurs besoins et leurs préférences, sont respectées et prises en compte dans les processus décisionnels relatifs à tous les aspects des programmes en établissement, garantissant ainsi la cohérence et la continuité entre le traitement, les soins et les activités complémentaires. Le contexte et l'identité culturels sont soigneusement intégrés à tous les aspects du traitement, et leur combinaison vise à répondre aux besoins des clients. Ensemble, ces éléments contribuent à créer un environnement sécuritaire, inclusif et propice à la guérison, ce qui facilite la mise en œuvre efficace des plans de traitement.



Exemples concrets

- Il existe des protocoles qui décrivent la façon dont les intervenant.e.s auprès des enfants et des jeunes et le personnel clinique échangent de l'information et collaborent pour assurer des approches symbiotiques soutenant le jeune en traitement.
- Les organismes veillent à maintenir des espaces de travail et de pause sécuritaires et appropriés, utilisent des systèmes de sûreté technologiques (surveillance, outils d'alerte) et procèdent à des évaluations continues des risques pour cerner les problèmes potentiels et y répondre.
- Par exemple, les jeunes personnes participent à la personnalisation de leur espace physique, encadrées de paramètres de sécurité (décoration de leur chambre, fourniture de leurs propres couvertures).

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

- Les organismes ont accès à des espaces ouverts et polyvalents pour soutenir les activités récréatives et offrir des composantes de programmes de traitement dans des espaces verts extérieurs, intégrant intentionnellement les considérations relatives au traitement et aux soins.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- L'intégration des soins et du traitement dans les programmes de soins en établissement est souvent fondée sur des approches incohérentes, notamment en raison de l'absence de modèle de traitement clinique clairement défini dans de nombreux programmes.
- Le manque de formation et de supervision sur le modèle clinique ainsi que le fort taux de roulement du personnel rendent difficile l'intégration fidèle des modèles de traitement clinique dans le travail en milieu de vie.
- Les distinctions entre le traitement clinique et les soins, ainsi que la compréhension des rôles, des responsabilités et des limites professionnelles, ne sont pas claires.
- L'hétérogénéité des compétences thérapeutiques au sein du personnel entrave les interventions thérapeutiques individualisées et l'intégration de la thérapie par le milieu.

Stratégies d'atténuation

- Élaborer et offrir une formation propre au programme, axée sur les applications pratiques des modalités de traitement clinique et des techniques d'intervention en milieu de vie.
- Élaborer des politiques qui définissent clairement le rôle essentiel du milieu de vie dans l'obtention de résultats positifs pour les enfants et les jeunes dans un contexte de traitement en établissement.
- Établir des protocoles clairs pour soutenir en toute sécurité les jeunes ayant des besoins de traitement différents (p. ex. les jeunes souffrant d'anxiété et ceux présentant des comportements agressifs extériorisés) au sein d'un même environnement.
- Offrir aux jeunes des occasions de mettre en pratique leurs compétences au sein de la communauté, par exemple en faisant du bénévolat.

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« Pour moi, ce principe signifie créer et favoriser un environnement chaleureux, réceptif et sécuritaire où les jeunes se sentent soutenus dans tous les aspects de leur bien-être. Cela implique de comprendre et d'intégrer diverses approches thérapeutiques fondées sur les besoins individuels, et d'élaborer conjointement des plans de soins dès le départ. »

- Jeune personne

« Si vous voulez intégrer intentionnellement le traitement et les soins, toutes ces choses [principes fondamentaux] deviennent prioritaires. Il faut avoir du personnel compétent et digne de confiance. Vous devez avoir des programmes fiables et fondés sur des données probantes, etc. »

- Un.e aidant.e



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Tous les éléments de vos soins sont intentionnellement intégrés tout au long de votre parcours de traitement en établissement. Votre plan de traitement décrit clairement et judicieusement votre traitement clinique et vos activités quotidiennes. Votre traitement est holistique et ne se limite pas à des séances structurées, mais s'intègre à votre vie quotidienne, soit dans les repas, les pratiques culturelles, les activités créatives et les occasions de tisser des liens avec votre communauté. Le personnel est accessible et établit une relation de confiance avec vous, ce qui favorise un sentiment d'appartenance et de connexion qui soutient vos soins, tant dans le cadre des interactions thérapeutiques formelles qu'en dehors de celles-ci. Le programme de traitement en établissement appuie votre croissance, votre développement et votre capacité à vous épanouir.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous intégrez de façon réfléchie et intentionnelle le traitement et les soins à tous les aspects de l'expérience du traitement en établissement, en vous appuyant sur des cadres de référence clairs. Vous créez un environnement chaleureux et réceptif qui est sécuritaire sur les plans physique, émotionnel, culturel et spirituel.

Vous reliez les interventions cliniques aux expériences quotidiennes afin

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

de soutenir une approche cohérente et holistique du traitement. Vous établissez des relations réceptives avec les enfants, les jeunes et les aidant.e.s, en reconnaissant que les liens et la confiance sont essentiels à la réussite du traitement.

En tant que responsables d'organismes, vous créez les conditions propices à cette approche en surveillant l'élaboration et la mise en œuvre de plans de traitement intégrés. Vous harmonisez la conception du programme, la dotation en personnel, la supervision, la formation et les partenariats afin de garantir que le traitement et les soins soient prodigués de manière coordonnée, complémentaire et holistique.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous définissez une orientation qui appuie l'intégration d'un traitement fondé sur des données probantes et sur la thérapie par le milieu, comme composantes interdépendantes du traitement en établissement. Vous soutenez l'élaboration et l'utilisation de cadres de programmation intégrés qui guident la mise en pratique des liens entre les traitements et les soins quotidiens, tout en veillant à ce que les environnements de traitement en établissement répondent aux divers besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent que les compétences acquises en thérapie sont activement renforcées et appuyées par le personnel dans leurs activités et interactions quotidiennes.
- Le programme dispose d'un plan documenté d'intégration du traitement et des soins pour chaque client.e (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de membres du personnel se sentant suffisamment outillés pour contribuer à l'approche intégrée de traitement et de soins.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent participer à des activités récréatives qui semblent significatives et pertinentes pour leur traitement.
- Pourcentage (%) de plans de traitement et de soins intégrés qui incluent des activités complémentaires et des possibilités d'acquisition de compétences.

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

- Pourcentage (%) de membres du personnel possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour intégrer des activités complémentaires à un traitement fondé sur des données probantes.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent que l'environnement du traitement en établissement est sécuritaire, favorise le sentiment d'appartenance et soutient l'expression de leur identité.
- Le programme dispose de procédures officielles pour maintenir et améliorer la sécurité physique, émotionnelle, spirituelle et culturelle (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de membres du personnel qui déclarent que l'environnement de traitement en établissement est sécuritaire sur le plan physique, émotionnel, spirituel et culturel pour les client.e.s et le personnel.

Normes et documents connexes

- Collectif du système de soins scolaire et communautaire (2022). [Bons soins au bon moment : Renforcer le système de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants et les jeunes de l'Ontario.](#)
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés.](#)
- Newfoundland Labrador Department of Health and Community Services, Santé Canada et Rush, B. (2015). [Concurrent disorders guidelines.](#)
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances.](#)
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\).](#)
- Thunderbird Partnership Foundation, Services aux Autochtones Canada et Santé Canada (2011). [Honorar nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre l'usage de substances chez les Premières Nations au Canada.](#)

Principe fondamental 6

Les programmes de traitement en établissement intègrent le traitement et les soins dans un but précis.

[Normes cliniques et
opérationnelles du MOATI](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 10.2, 13.1, 13.2, 19.1 et 19.2 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 12.1.6, 12.1.15, 12.1.17, 20.1.1, 20.1.2, 20.1.4 et 20.2.4.

Sources

Coll et coll., 2019; Consortium des organismes responsables, 2021; Creed et coll., 2021; Espenes et coll., 2023; Frensch et coll., 2022; Gharabaghi, 2024; Institut du savoir, 2025a; Johnson et coll., 2015; LIT QS Consultations, 2024-2026; MESSSC, 2020; Vogelsang et coll., 2024.

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.



Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

Énoncé de qualité

Les programmes de traitement en établissement sont appuyés par une équipe interdisciplinaire qualifiée, collaborative et compétente. Le personnel ayant reçu une formation clinique fournit des traitements selon un modèle de programme clinique. Tous les membres du personnel reçoivent une formation continue sur les modalités de traitement et le modèle de programme clinique du programme et sont soutenus par une rémunération équitable, une formation complète, une supervision clinique et un moral d'équipe positif.

- Les équipes interdisciplinaires collaborent entre elles pour fournir des traitements et des soins intégrés.
- Le personnel possède les qualifications nécessaires pour assurer ou contribuer à l'efficacité des traitements destinés aux enfants et aux jeunes.
- Le personnel bénéficie d'une formation continue et d'une supervision clinique.
- Les organismes veillent au bien-être et à la sécurité du personnel grâce à des pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes.



Pratiques prometteuses

Les équipes interdisciplinaires collaborent entre elles pour fournir des traitements et des soins intégrés.

Les enfants et les jeunes qui suivent un traitement en établissement ont des besoins complexes qui nécessitent le soutien d'équipes interdisciplinaires. La composition de chaque équipe, y compris le ratio personnel/enfants, est déterminée par le modèle clinique du programme et les besoins particuliers des enfants et des jeunes qu'il prend en charge. Les équipes regroupent des professionnels aux expertises variées, tels que des intervenant.e.s auprès des enfants et des jeunes, des psychologues, des psychiatres, des travailleur.euse.s sociaux.iales, des thérapeutes comportementaux, des infirmiers.ières, des médiateur.trice.s culturel.le.s et des des intervenant.e.s en service de soutien par

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

les pairs. Les équipes interdisciplinaires reflètent également la diversité culturelle et linguistique des populations qu'elles servent, y compris le personnel occupant des fonctions à forte dimension culturelle (aînés, détenteurs du savoir). Lorsque des enfants et des jeunes ont besoin d'un soutien spécialisé, les organismes ont accès à du personnel possédant une expertise clinique spécialisée par l'intermédiaire de la collaboration et des partenariats. Les enfants et les jeunes bénéficient du soutien de membres de l'équipe interdisciplinaire dont l'expertise correspond à leur plan de traitement individualisé, et les ratios d'encadrement sont adaptés aux besoins de traitement et de soins des enfants et des jeunes.

L'ensemble du personnel exerce ses fonctions dans le cadre de rôles et de champs de compétences clairement définis, et il collabore à la prestation de traitements et de soins ciblés et intégrés, y compris des interventions fondées sur des données probantes menées par des prestataires de traitement clinique et renforcées par le personnel sur place. Des systèmes de documentation partagés, des protocoles de communication et des réunions d'équipe interdisciplinaires régulières permettent à tous les membres de l'équipe d'accéder aux plans de traitement et d'assurer l'uniformité des soins prodigués.

Le personnel possède les qualifications nécessaires pour assurer ou contribuer à l'efficacité des traitements destinés aux enfants et aux jeunes.

Les organismes déterminent, pour chaque membre du personnel, le niveau de scolarité requis, l'expérience antérieure et les certifications collégiales et universitaires, ainsi que le classement (s'il y a lieu). Ainsi, tout le personnel est parfaitement préparé à répondre aux besoins des enfants et des jeunes pris en charge par le programme et à dispenser des soins conformes au modèle clinique du programme. Tous les membres du personnel ont des compétences cliniques de base relativement à la modalité de traitement du programme, aux interventions fondées sur des données probantes, aux troubles concomitants et aux problèmes de santé liés à l'usage de substances, ainsi qu'aux difficultés comportementales et développementales. Le personnel possède également des compétences essentielles en matière de pratique adaptée aux traumatismes, de soins et de soutien axés sur les jeunes et les familles, de sécurité et d'inclusion culturelles, ainsi que de sécurité et d'intervention en cas de crise. Selon le modèle

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

et l'orientation du programme clinique, certains programmes peuvent nécessiter du personnel possédant une expertise clinique spécialisée. Les membres du personnel possèdent des qualités personnelles fondamentales comme l'adaptabilité, la résilience, les aptitudes interpersonnelles et les compétences en pratique professionnelle et en de développement personnel (conscience de soi et pratique réflexive, limites professionnelles).

Le personnel bénéficie d'une formation continue et d'une supervision clinique.

La formation continue et la supervision clinique appuient la sécurité physique, émotionnelle et culturelle, de même que le bien-être des enfants, des jeunes et du personnel. Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire reçoivent une formation continue sur les modalités de traitement et le modèle clinique du programme, ce qui garantit une compréhension commune et une mise en œuvre uniforme des plans de traitement. Cela favorise une approche unifiée et cohérente du traitement au sein de l'équipe. Le personnel a également accès à une formation continue de grande qualité et à des possibilités de perfectionnement professionnel dans des domaines comme la prestation de soins axés sur les traumatismes, l'affirmation de l'identité, la sécurité culturelle et la prise en charge centrée sur l'enfant et le jeune. De plus, le personnel a recours à des soins fondés sur des mesures pour déterminer les domaines de perfectionnement professionnel.

Tous les membres du personnel bénéficient d'une supervision clinique continue qui tient compte des traumatismes et qui est culturellement sécuritaire, afin de les soutenir dans la prestation des soins et le maintien de la fidélité au modèle clinique. La supervision clinique aide également le personnel à acquérir des compétences cliniques pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes, à s'engager dans une pratique réflexive et à utiliser ses compétences de manière responsable et efficace, de même qu'à gérer des situations cliniques complexes. Le personnel et les dirigeant.e.s partagent la responsabilité de la formation et de l'utilisation de ses compétences de manière responsable et efficace.

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

Les organismes veillent au bien-être et à la sécurité du personnel grâce à des pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes.

Les milieux de traitement en établissement comptent parmi les plus exigeants du secteur, car le personnel y travaille 24 heures sur 24, selon des horaires de quart de travail, auprès d'enfants et de jeunes présentant des besoins parmi les plus complexes. Les organismes reconnaissent la nature exigeante de ce travail et les difficultés que peut éprouver le personnel, et s'efforcent de faire en sorte que ce dernier se sente soutenu dans ses fonctions. Une approche tenant compte des traumatismes pour prioriser le bien-être et la sécurité du personnel dans ces milieux améliore la satisfaction au travail, renforce le maintien en poste et favorise une prise en charge centrée sur l'enfant et le jeune.

Les organismes évaluent et améliorent régulièrement la rémunération afin de garantir qu'elle soit équitable, en plus d'offrir une formation complète et une supervision clinique pour aider tout le personnel à maintenir des limites saines et une bonne conscience de soi dans le cadre du travail auprès des enfants et des jeunes. La sécurité du personnel est assurée par des plans de sécurité et des procédures d'intervention claires, et les organismes prennent des mesures concrètes pour répondre aux préoccupations du personnel en matière de sécurité. Le personnel dispose aussi d'espaces sécurisés pour faire le point sur leur travail, soit des espaces inclusifs, culturellement sécurisants, respectueux et exempts de jugement, ainsi que des services de soutien tenant compte des traumatismes, tels que des services d'aide aux employés pour la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances. Les organismes favorisent un moral d'équipe positif en valorisant et en reconnaissant les contributions du personnel, ainsi qu'en encourageant la collaboration, la confiance et le soutien au sein des équipes. Grâce à leur engagement envers l'amélioration continue, les organismes recueillent régulièrement des commentaires du personnel sur les préoccupations organisationnelles, la prestation de services et la sécurité, et améliorent le milieu de travail.

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.



Exemples concrets

- Les organismes mettent en place une structure de supervision clinique claire, incluant des séances régulières de compte rendu avec un mentor ou un superviseur, un programme de surveillance par les pairs et/ou une communauté de pratique, afin de permettre au personnel de collaborer, de résoudre des problèmes et d'apprendre.
- Les organismes élaborent et évaluent régulièrement des plans de soins personnels avec le personnel, consacrent du temps aux comptes rendus avant et après les crises et soutiennent le personnel pendant les longs quarts de travail.
- La formation en matière de sécurité, de sensibilité et de compétences culturelles ([Projet sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés](#), par exemple) est intégrée aux processus d'orientation du personnel.
- Le personnel participe activement à la création conjointe du contenu de la formation. Les mécanismes de collecte des commentaires sur les thèmes de la formation, les expériences du personnel et les répercussions sur la pratique aident à façonner les offres de formation.
- Les organismes utilisent le cadre des compétences de base défini dans la norme clinique du MOATI, ainsi que les descriptions de postes de programmes de traitement en établissement comparables pour orienter leurs processus d'embauche.
- Les organismes établissent des partenariats avec les programmes collégiaux et universitaires afin de mettre en place des formations et des parcours de carrière pour le personnel clinique.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Un fort roulement de personnel, le fardeau administratif et les faibles ratios personnel-clients perturbent la continuité des soins et de la relation thérapeutique.
- Les organismes n'offrent pas un soutien suffisant au personnel essentiel après un incident de violence au travail.
- Le manque de clarté dans la définition des rôles peut nuire au travail d'équipe et aux compétences du personnel moins instruit.
- La formation actuelle n'est pas axée sur les milieux de traitement en établissement.
- L'accès à la formation, au soutien, à la supervision, aux réunions d'équipe et aux conférences de cas pour le personnel est limité.

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

Stratégies d'atténuation

- Offrir une formation standard en cours d'emploi sur les sujets prescrits et la fréquence des évaluations, des examens et des renouvellements.
- Élaborer un cadre de financement lié aux facteurs clés de réussite et conforme au modèle de traitement clinique du programme en vue de veiller à ce que les ressources correspondent aux ratios de personnel et aux besoins du programme.
- Améliorer la satisfaction au travail par la révision et la mise à jour continues des régimes de rémunération, la stabilité des contrats de travail, la flexibilité des horaires et les possibilités de formation.
- Organiser des réunions d'équipe, des formations et des conférences de cas à des moments réguliers pour permettre la participation de tout le personnel, y compris le personnel de relève et de nuit.
- Définir clairement les rôles et les responsabilités du personnel afin de réduire les ambiguïtés et de promouvoir la collaboration multidisciplinaire.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« Lorsqu'il s'agit de la capacité, des compétences et du bien-être du personnel, le fait de pouvoir faire confiance à l'équipe qui prend soin de moi me permet d'être vulnérable et de m'ouvrir pleinement pour recevoir les soins dont j'ai besoin. Lorsque le personnel est débordé et ne prend pas soin de lui-même, les client.e.s le ressentent. Souvent, d'après mon expérience, je me replie sur moi-même, je ne fais plus confiance à l'équipe et, pour cette raison, je ne m'ouvre pas et je ne suis pas vulnérable. »

- Jeune personne

« Étant moi-même aidant.e et travaillant dans le domaine de la santé, c'est un sujet important pour moi. Si le personnel est bien formé, n'est pas débordé et en bonne santé mentale lui-même, les patient.e.s qui suivent un traitement en établissement sont plus susceptibles de recevoir de bons soins et de mieux se rétablir. Je milite en faveur de la formation et d'une rémunération adéquate des professionnels de la santé afin qu'ils puissent prodiguer les soins nécessaires à nos proches. »

- Un.e aidant.e

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Vous êtes soutenus par une équipe qui travaille de concert pour répondre à vos besoins. L'équipe réunit des experts de divers horizons et collabore pour offrir des soins coordonnés. Les membres de l'équipe sont formés et compétents pour ce qui est des approches utilisées dans votre traitement, et fournissent des soins qui tiennent compte des traumatismes, qui sont culturellement sécuritaires et axés sur les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. Votre équipe est compétente et engagée. Vous bénéficiez d'une continuité dans la prestation de votre traitement, car l'équipe a une compréhension commune de votre plan de traitement et travaille ensemble pour atteindre vos objectifs. Vous établissez des relations de confiance avec les personnes qui participent à votre traitement.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous travaillez au sein d'une équipe interdisciplinaire dont les rôles sont clairement définis et qui collabore pour offrir des traitements coordonnés et intégrés. Vous maintenez vos compétences essentielles pour soutenir la mise en œuvre du modèle clinique et des approches de traitement du programme, et vous les appliquez de façon uniforme dans votre travail. Vous participez à des formations et à une supervision continues pour renforcer vos compétences et veiller à ce que le traitement demeure sécuritaire, réceptif et conforme aux pratiques exemplaires.

En tant que responsables d'organismes, vous veillez à ce que les effectifs et la composition des équipes soient adaptés aux besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. Vous donnez accès à la formation continue, à la supervision et au perfectionnement professionnel pour renforcer les compétences du personnel et la mise en œuvre uniforme des approches de traitement. Vous accordez la priorité au bien-être du personnel en favorisant des milieux de travail stimulants, y compris des séances de débriefage, l'accès à des soutiens en matière de santé mentale et de mieux-être, ainsi que des pratiques qui renforcent la cohésion d'équipe.

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous favorisez des conditions propices à la collaboration interdisciplinaire et à l'uniformité des traitements, en veillant à ce que le personnel bénéficie du soutien nécessaire pour offrir des soins de grande qualité. Vous reconnaissez l'importance du bien-être du personnel et soutenez des approches systémiques qui favorisent un milieu de travail sain, contribuent au maintien en poste du personnel, à la stabilité d'emploi et à la continuité des soins pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) du personnel qui indique que les rôles et les champs de pratique au sein de leur équipe interdisciplinaire sont clairs, appropriés et respectés de façon constante.
- Le programme a mis en place des processus (modèles de consultation, disciplines intégrées) afin d'assurer une collaboration efficace entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, au bénéfice des client.e.s (Oui/Non).
- Les compétences de base, y compris les qualifications scolaires requises, sont intégrées aux pratiques d'embauche, aux interventions cliniques et à la prestation des services du programme (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de correspondance entre le modèle fondé sur des données probantes et la façon dont le personnel offre le programme de traitement en établissement.
- Pourcentage (%) du personnel qui a reçu ou reçoit de la formation ou du perfectionnement professionnel à l'appui des interventions cliniques et du modèle de prestation de services du programme.
- Pourcentage (%) des membres du personnel participant à une supervision continue qui appuie leur pratique clinique et/ou le développement de leurs compétences.
- Pourcentage (%) du personnel qui se sent en sécurité au travail.
- Pourcentage (%) du personnel qui déclare que l'organisation soutient son bien-être.
- Pourcentage (%) du personnel qui déclare que les ratios personnel-client.e.s appuient l'exécution uniforme et efficace des plans de traitement.
- Taux (%) de roulement du personnel.

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

Normes et documents connexes

- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2010). [Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention \(version 2.0\)](#).
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2023). [Compétences comportementales pour les intervenants en santé mentale et en usage de substances au Canada](#).
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2023). [Compétences techniques pour les intervenants en santé mentale et en usage de substances au Canada](#).
- Hernandez-Basurto, M. A., Bate, E., et Taha, S. (2024). [Compétences en santé liée à l'usage de substances pour tous les prescripteurs](#). Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés](#).
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances](#).
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\)](#).
- Persi, J. et Greenham, S. (2020). [Ontario Network of Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Services: « Service guide, Standards, Benchmarks, & Literature review: Standard 2: Psychological safety, Dignity, Rights, Inclusion, & Participation »](#). Document mis à jour le 3 décembre 2020.
- SoinsSantéCAN et Commission de la santé mentale du Canada (2021). [Cadre de soins de santé mentale de qualité](#).

Principe fondamental 7

Le traitement en établissement repose sur la capacité, les compétences et le bien-être du personnel.

[Normes cliniques et
opérationnelles du MOATI](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 8.1, 15.1, 16.1, 16.2, 16.3, 17.1 et 18.1 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 2.1.3, 2.1.7, 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 8.2.1, 8.2.2, 9.1.2, 10.1.1, 10.1.2, 10.1.3, 11.3.1, 12.1.16, 12.2.6, 12.2.8, 13.2.2, 14.1.1, 14.1.8, 14.1.9, 14.1.10, 19.2.4, 20.1.1, 20.1.5, et 22.3.6.

Sources

ACSM, 2015; 2016; Brend et Collin-Vézina, 2022; Coll et coll., 2019; Consortium des organismes responsables, 2019; 2021; Daly et coll., 2018; Geoffrion et coll., 2021; Gharabaghi, 2010; Green et coll., 2019; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Kor et coll., 2021; LIT QS Consultations, 2024-2026; MESSC, 2020; MSYS, 2016; Ninan et coll., 2019; 2014; O'Leary et coll., 2024; Pinheiro et coll., 2024; Residential Treatment Working Group, 2017; Strides Toronto, 2022; Woody et coll., 2019.



Voies d'entrée et de sortie du traitement

Les pratiques, les processus et les soutiens pour une transition harmonieuse vers le traitement en établissement, pendant le traitement et à sa sortie.



Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement, où les bons services sont adaptés aux besoins et aux objectifs de chaque jeune.

Énoncé de qualité

Les programmes de traitement en établissement ont des directives clairement définies en matière d'inclusion, et utilisent un cadre d'évaluation complet fondé sur les forces et tenant compte des traumatismes pour veiller à ce que le programme de traitement soit adapté aux besoins, aux objectifs et aux préférences de l'enfant ou du jeune. Une planification et une préparation réfléchies sont nécessaires pour faciliter l'accès au traitement et la transition vers celui-ci.

- Le traitement en établissement est reconnu pour ses atouts uniques et comme un élément important du continuum de soins.
- Des lignes directrices sur l'inclusion clairement définies, des outils de dépistage validés et le modèle de programme clinique sont utilisés pour déterminer si un programme de traitement en établissement particulier convient le mieux aux besoins d'un enfant ou d'un jeune.
- Les enfants et les jeunes ont un accès équitable et inclusif au traitement en établissement.
- Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. sont soutenus tout au long de la transition vers le traitement en établissement et participent en tant que partenaires aux décisions relatives au traitement.

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.



Pratiques prometteuses

Le traitement en établissement est reconnu pour ses atouts uniques et comme un élément important du continuum de soins et non comme un dernier recours.

Un système complet de santé mentale, d'usage de substances et de dépendances en milieu communautaire pour les enfants et les jeunes offre un continuum complet de services et est conçu pour aider tous les enfants et les jeunes, y compris le petit pourcentage d'entre eux qui ont des besoins graves et complexes nécessitant des soins intensifs 24 heures sur 24, ou dont les milieux de vie ne peuvent pas soutenir un traitement intensif en santé mentale. Le traitement en établissement est envisagé lorsque les enfants et les jeunes ont besoin d'un niveau de soutien plus élevé que celui qui peut être fourni dans un milieu moins intensif. L'objectif est de faire correspondre le bon niveau de soins et le bon programme de traitement en établissement aux besoins d'un enfant ou d'un jeune, au bon moment, et non d'utiliser le traitement en établissement comme un « dernier recours ».

Des lignes directrices sur l'inclusion clairement définies, des outils de dépistage validés et le modèle de programme clinique sont utilisés pour déterminer si un programme de traitement en établissement particulier convient le mieux aux besoins d'un enfant ou d'un jeune.

Les programmes de traitement en établissement établissent des critères d'admission clairs qui reflètent les profils cliniques des enfants et des jeunes qu'ils sont destinés à aider. Chaque programme a une orientation, une intensité et un niveau de spécialisation précis qui sont clairement définis et communiqués de façon transparente. Cela garantit que les caractéristiques du programme (le modèle de programme clinique) sont bien adaptées aux besoins des enfants et des jeunes. Les programmes établissent également des profils cliniques pour définir quels enfants et quels jeunes bénéficieraient le plus de leurs services.

L'admission à un programme de traitement en établissement est déterminée à l'issue d'un dépistage complet et personnalisé, plutôt que par une exclusion fondée uniquement sur le diagnostic. Le dépistage tient compte des traumatismes et utilise des outils validés et adaptés à diverses populations. Le dépistage sert à évaluer les besoins, les forces et les risques, et à orienter les enfants et les jeunes vers le programme de traitement en établissement le plus adapté à leurs besoins. L'admission

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

Les considérations relatives à l'équité sont décrites plus en détail dans l'[annexe D](#).

tient compte de la correspondance entre les besoins des enfants et ceux des jeunes, des considérations liées à la sécurité, de la capacité du programme, de l'expertise, de la dotation en personnel et des facteurs environnementaux. Les décisions relatives à l'admission sont éclairées par la concordance entre ces caractéristiques et la capacité du programme, ainsi que par le dépistage et la prise de décisions concertée entre les enfants, les jeunes, les aidant.e.s et les équipes interdisciplinaires.

Si un programme de traitement en établissement ne peut pas répondre aux besoins d'un enfant ou d'un jeune, les organismes facilitent l'aiguillage vers un autre programme qui convient mieux. Lorsque la meilleure solution n'est pas claire, les programmes de traitement en établissement collaborent par l'entremise d'une table régionale de planification afin de déterminer le programme qui correspond le mieux aux besoins de l'enfant ou du jeune. L'organisme d'aiguillage continue de participer activement pour assurer la continuité des soins et le partage des responsabilités jusqu'à ce qu'un programme qui convient le mieux soit établi. Lorsque les programmes idéaux ne sont pas disponibles en raison de contraintes liées à la capacité du système, les programmes, les partenaires d'aiguillage, les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. prennent des décisions transparentes et documentées fondées sur la sécurité, les besoins et les objectifs de l'enfant ou du jeune. Pendant que les enfants, les jeunes et les aidant.e.s attendent d'avoir accès à un traitement en établissement, des communications et des vérifications régulières sont effectuées, et un soutien provisoire est disponible. Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. sont informés de toutes les options possibles, de leur justification, de leurs avantages et inconvénients, ainsi que des solutions de rechange, des mesures de soutien provisoires et des échéanciers de réévaluation.

Les enfants et les jeunes ont un accès équitable et inclusif au traitement en établissement.

Dans la mesure du possible, les enfants et les jeunes ont accès à un traitement en établissement dans leur communauté d'origine. Lorsqu'aucun programme plus près du domicile n'est disponible ou lorsque des services spécialisés plus éloignés sont mieux à même de répondre aux besoins des enfants et des jeunes, certaines politiques permettent des transferts entre régions ou provinces afin d'accéder à des programmes de traitement en établissement mieux adaptés à leurs

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

besoins. Lorsque le placement hors région ou à l'extérieur de la province est nécessaire, les organismes organisent la logistique du placement et utilisent des outils, tels que la technologie, pour maintenir la participation des aidant.e.s. Au moment du congé, les enfants et les jeunes sont en contact avec des services de soutien après le traitement dans leurs communautés d'origine. L'accès au traitement en établissement est également conçu pour respecter l'identité culturelle et les besoins linguistiques, avec des parcours adaptés aux Autochtones et des services en français.

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont soutenus tout au long de la transition vers le traitement en établissement, et participent en tant que partenaires aux décisions relatives à leur traitement.

Le processus d'évaluation utilise une approche tenant compte des traumatismes afin de favoriser un sentiment de sécurité et de confiance. Cela comprend la discussion de toutes les options de traitement qui reflètent les besoins exprimés par les enfants, les jeunes personnes et les aidant.e.s, et leurs objectifs, ainsi que la création d'un espace pour des conversations ouvertes sur leurs préférences, afin de s'assurer que leurs voix sont au cœur de la planification du traitement. Les désaccords dans les décisions relatives au traitement entre les aidant.e.s et les enfants et les jeunes sont reconnus et réglés de manière collaborative.

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont soutenus et informés tout au long du processus d'aiguillage, d'admission et d'intégration. Les prestataires de services communiquent et partagent l'information d'une manière claire et accessible pour aider les enfants, les jeunes et les aidant.e.s à prendre des décisions éclairées en matière de traitement, et un contact désigné est disponible pour fournir des renseignements tout au long du processus. Le soutien par les pairs des jeunes fait aussi partie du processus d'admission pour partager l'information et les attentes du programme avec les jeunes qui sont admis à un traitement en établissement.

À mesure que les enfants, les jeunes et les aidant.e.s se préparent à la transition vers un traitement en établissement, ils sont informés de l'environnement physique, des routines quotidiennes, des politiques en vigueur, des rôles et responsabilités du personnel et des attentes en matière de participation au traitement.

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.



Exemples concrets

- L'échange d'informations sécurisé et en temps réel s'effectue au sein du cercle de soins d'un jeune afin d'assurer la continuité des soins et de simplifier l'accès.
- Les organismes régionaux assurent la coordination (au moyen d'un point d'entrée unique comme [Parlons maintenant](#)) afin de simplifier l'accès aux services appropriés en santé mentale et en santé liée à l'usage de substances et aux dépendances.
- Dans les cas où une société d'aide à l'enfance est impliquée, des consultations continues entre le programme de traitement en établissement, la Société d'aide à l'enfance et les Premières Nations, les Inuits ou la nation métisse sont tenues pour aider à réduire au minimum les conflits de compétence et fournir des services en temps opportun conformément au principe de Jordan.
- Les organismes utilisent le [fonds d'aide à la transition en cas de besoins complexes](#) (en anglais seulement) afin de faciliter la transition vers un programme de traitement en établissement, d'en sortir ou de s'y stabiliser.
- L'organisme dispose de protocoles d'entente et d'ententes de partage de données qui peuvent faciliter l'échange de dossiers afin de simplifier les processus d'aiguillage entre les organismes communautaires.
- Un système d'inventaire centralisé mis à jour régulièrement est utilisé pour faire le suivi des services de rechange et complémentaires disponibles, y compris leurs exigences et capacités en matière d'admissibilité, afin d'appuyer les décisions de placement.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Les enfants et les jeunes, ou leurs aidant.e.s, peuvent préférer un programme de traitement en établissement pour de nombreuses raisons, y compris sa capacité de répondre à des besoins importants (p. ex. la sécurité du logement). Cependant, leur niveau d'acuité, leurs besoins en matière d'intensité de traitement et leurs objectifs peuvent être mieux adaptés à un autre niveau de soins ou à une autre approche, ce qui entraîne un décalage entre les besoins et les services.
- Le regroupement de profils opposés dans un espace de traitement en établissement partagé peut nuire à la personnalisation des soins et accroître les préoccupations liées à la responsabilité.
- La coordination entre les systèmes est entravée par des idéologies, des structures de financement et des limites régionales différentes.

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

- Les exigences en matière de permis peuvent entrer en conflit avec les besoins en soins cliniques et restreindre certaines pratiques culturelles. Par exemple, les limites d'âge qui restreignent le traitement en établissement aux moins de 18 ans peuvent négliger les besoins de développement de certains jeunes, ce qui nuit à la planification à long terme et à la continuité des soins.
- Le manque d'évaluation et d'utilisation des outils d'aiguillage contribue à des placements inadaptés et à des évaluations en double.
- Les jeunes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires peuvent être insuffisamment orientés vers des services.

Stratégies d'atténuation

- Collaborer avec les partenaires communautaires et d'autres prestataires de services intensifs pour définir les voies d'accès au traitement en établissement et de suivi du traitement, et de repérer les intervenants qui peuvent les soutenir.
- Promouvoir un langage et une compréhension communs de la portée du traitement en établissement en tant que traitement intensif à court terme afin d'obtenir des résultats transformateurs en matière de santé mentale et de décrire son fonctionnement.
- Maintenir une mission, des objectifs, des composantes de traitement et des critères de placement clairs et transparents au sein de l'organisme.
- Regrouper les tests de dépistage et les évaluations dans la mesure du possible afin de réduire au minimum le dédoublement des efforts et le fardeau pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. S'assurer que le personnel, les enfants, les jeunes et les aidant.e.s comprennent le but et l'importance des tests de dépistage et des évaluations.
- Partager ouvertement les cadres d'évaluation afin de favoriser la continuité et l'intégralité dans tout le secteur. Les utiliser pour éclairer la planification des soins concertés et le suivi des progrès.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« À mon avis, ce principe signifie qu'il faut veiller à ce que les transitions vers un traitement en établissement se fassent en douceur, de manière réfléchie et avec soutien, afin de préparer les jeunes à la réussite plutôt que de provoquer des changements brusques ou perturbateurs. Ce principe met l'accent sur l'utilisation d'outils validés et de critères clairs pour guider la prise de décisions, tout en demeurant souple et à l'écoute des besoins uniques de chaque enfant ou jeune. »

- Jeune personne

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

« Dans la pratique, ce principe ressemble à des échanges constructifs avec les jeunes et leurs aidant.e.s pour déterminer quel modèle de traitement convient le mieux à leurs besoins et si les éléments d'un modèle peuvent être personnalisés pour mieux les soutenir. Il s'agit d'une démarche intentionnelle et réfléchie, tant en ce qui concerne le processus que la mise en œuvre des soins, pour garantir une adéquation optimale. »

- Jeune personne



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Vous bénéficiez d'un soutien au moyen d'un processus harmonieux et coordonné pour accéder aux bons soins au bon moment, en fonction de vos besoins et de vos objectifs. Vous participez à un bilan complet et personnalisé qui permet de déterminer vos forces, vos besoins et vos risques, et de faire correspondre le mieux possible un programme à vos objectifs, préférences et besoins. On vous fournit des renseignements clairs et accessibles sur les options disponibles et sur ce à quoi vous pouvez vous attendre, afin que vous puissiez prendre des décisions éclairées concernant votre traitement.

Si un programme ne vous convient pas, on vous aide à comprendre pourquoi et à connaître vos options et les prochaines étapes. On vous accompagne pour vous orienter vers un autre service qui répond mieux à vos besoins. Tout au long de votre transition vers le traitement, vous avez un point de contact fiable avec qui communiquer et pour obtenir du soutien. Votre avis est important et pris en compte.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous utilisez des évaluations complètes tenant compte des traumatismes et des outils de dépistage validés pour comprendre les besoins et les objectifs des enfants, des jeunes et des aidant.e.s, afin d'orienter vos décisions sur la meilleure solution. Les évaluations sont menées de manière à promouvoir la sécurité, la confiance et la collaboration. L'admission est fondée sur les besoins individuels plutôt que sur le seul diagnostic. Vous communiquez clairement l'objectif du programme et ses implications, favorisant ainsi une prise de décision éclairée. Lorsqu'un programme ne convient pas, vous facilitez l'aiguillage en temps opportun et collaborez avec d'autres prestataires pour assurer la continuité des soins et le partage des responsabilités.

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

En tant que dirigeant.e.s d'organismes, vous établissez des parcours et des processus clairs qui garantissent une adéquation cohérente des besoins et une transition coordonnée vers le traitement. Vous veillez à ce que les programmes disposent de modèles cliniques, de niveaux de spécialisation et de directives d'inclusion clairement définis et communiqués de manière transparente.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous orientez les ressources de manière à renforcer l'accès aux services appropriés, à favoriser la collaboration et à permettre des parcours de soins cohérents et coordonnés. Vous soutenez la coordination entre les services et les régions afin de réduire la fragmentation et d'assurer la continuité des soins, notamment lorsque les besoins sont complexes ou lorsque la solution la plus adaptée n'est pas immédiatement évidente.

Indicateurs de qualité

- Durée moyenne (en nombre) des enfants et des jeunes sur les listes d'attente pour des services.
- Pourcentage (%) de client.e.s qui, à la fin du traitement en établissement, sont aiguillé.e.s vers des services moins intensifs.
- Le programme dispose de lignes directrices claires en matière d'inclusion afin que le traitement en établissement offre le bon niveau de soins pour les enfants et les jeunes (Oui/Non).
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes admis au programme de traitement en établissement à l'aide d'outils de dépistage validés et de lignes directrices sur l'inclusion.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui ont eu accès à des services moins intensifs avant leur admission au traitement en établissement.
- Pourcentage (%) des client.e.s qui recherchent un traitement en établissement, mais qui ne satisfont pas aux lignes directrices en matière d'inclusion et qui se voient offrir un autre programme ou qui sont aiguillé.e.s vers un autre programme.
- Nombre d'admissions qui ne satisfont pas aux lignes directrices sur l'inclusion.
- Des ressources (frais de transport, garde d'enfants) sont disponibles pour aider les jeunes qui doivent parfois parcourir de longues distances pour avoir accès à un traitement en établissement (Oui/Non).

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

- Pourcentage (%) de concordance entre les données démographiques du programme et les données communautaires.
- Pourcentage (%) de client.e.s qui estiment que les services et le soutien qu'ils.elles ont reçus correspondent aux besoins et objectifs qu'ils.elles ont exprimés.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent que les décisions relatives au traitement ont été prises en collaboration avec eux.

Normes et documents connexes

- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (2025a). [Norme de qualité sur les niveaux de soins : faire correspondre les soins aux besoins et aux objectifs..](#)
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés.](#)
- Newfoundland Labrador Department of Health and Community Services, Santé Canada et Rush, B. (2015). [Concurrent disorders guidelines.](#)
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances.](#)
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\).](#)
- SoinsSantéCAN et Commission de la santé mentale du Canada (2021). [Cadre de soins de santé mentale de qualité.](#)

Principe fondamental 8

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée vers le traitement.

[Normes cliniques et opérationnelles du MOATI](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 7.1, 7.2, 9.1, 9.2 et 9.3 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 6.2.1, 6.2.2, 8.2.4, 8.2.5, 8.2.6, 8.2.7, 8.2.8, 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4, 10.1.7, 10.2.1, 10.2.2, 11.2.3, 11.2.5, et 11.3.1.

Sources

ACSM, 2015; 2016; Aderibigbe et coll., 2022; Ali et coll., 2023; Coll et coll., 2019; Consortium des organismes responsables, 2019; Daly et coll., 2018; Gutterswijk et coll., 2020; Institut du savoir, 2025a; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Liddle et coll., 2018; LIT QS Consultations, 2024-2026; Lynch et coll., 2017; MOATI, 2025; MESSC, 2020; Optimus SBR, 2025; Residential Treatment Working Group, 2017; Stewart et coll., 2023; Strides Toronto, 2022; Woody et coll., 2019.

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.



Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

Énoncé de qualité

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont graduellement préparés à leur retour dans la communauté tout au long du traitement. Cela se fait en coordination et en collaboration avec les organismes communautaires de santé mentale et entre les secteurs.

- Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont liés à des services de soutien après la prise en charge tout au long du continuum de soins.
- Les programmes de traitement en établissement assurent une transition en douceur grâce à une coordination et à une collaboration solides au sein des secteurs et entre ceux-ci.
- Un plan de congé adapté aux besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s est préparé à l'avance et peut être modifié en fonction de l'évolution des besoins.
- Les plans de transition comprennent un soutien aux aidant.e.s.



Pratiques prometteuses

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont liés à des services de soutien après la prise en charge tout au long du continuum de soins.

Le soutien la prise en charge dans l'ensemble du système de soins, qui est personnalisé en fonction des besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s, est important pour maintenir le progrès et les compétences acquises lors d'un traitement en établissement. Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s passent à des services moins intensifs ou à des soutiens plus spécialisés tout au long du continuum de soins, avec le bon niveau de soins correspondant à leurs besoins.

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont progressivement initiés à de nouveaux services pendant qu'ils suivent un traitement en établissement. Les programmes réintroduisent progressivement les enfants et les jeunes dans leur environnement familial et mettent en relation les enfants, les jeunes et les aidant.e.s avec des services et des soutiens avant leur sortie de l'établissement. Cela comprend un soutien pour les besoins

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

pratiques et non liés aux soins de santé, comme l'apprentissage et la garde des jeunes enfants, l'éducation, le logement, la sécurité financière, l'accessibilité et l'emploi. Les transitions progressives permettent de s'assurer que les services, les soutiens et les ressources sont en place bien avant le congé afin de maintenir la continuité des soins et de veiller à ce que les enfants, les jeunes et les aidant.e.s soient prêts pour la transition. Les transitions peuvent inclure des périodes de chevauchement pendant lesquelles les enfants, les jeunes et les aidant.e.s commencent à bénéficier de services communautaires tout en suivant un traitement en établissement, avec le soutien de systèmes parallèles et une réduction progressive de l'intensité des services plutôt que de faire d'expérience d'un congé abrupt. Cela permet également aux enfants et aux jeunes de mieux gérer les changements dans leurs relations thérapeutiques avec les prestataires de services.

Après le congé du traitement en établissement, une période de suivi est mise en place durant laquelle les enfants, les jeunes et leurs aidant.e.s continuent de bénéficier d'un suivi et d'un soutien continu de la part des prestataires de services. De la même manière, les jeunes qui ne relèvent plus des services à l'enfance et à la jeunesse bénéficient d'un soutien pour accéder aux services du système de santé pour adultes, y compris l'accès à l'éducation ou à l'aide à l'emploi et à un logement de transition, si nécessaire. Dans la planification de la transition, les prestataires de services prennent en compte l'étape de développement d'une jeune personne de même que son âge.

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition en douceur grâce à une solide coordination et collaboration au sein des secteurs et entre ceux-ci, comme les services communautaires de santé mentale, l'éducation, la justice pour les jeunes, la protection de l'enfance, les soins primaires, la santé mentale des adultes et la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances. Une communication claire, une planification coordonnée et des transitions harmonieuses favorisent la continuité des soins pour les enfants, les jeunes et leurs aidant.e.s lors des changements de prestataires et de services. Par exemple, les réunions de planification de la transition rassemblent les enfants, les jeunes, les aidant.e.s et les partenaires du système afin de faciliter des transitions harmonieuses. Tout au long de ce processus, le consentement éclairé est réexaminé lors de la coordination des transitions avec les

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

partenaires. Il existe une responsabilité partagée en matière de résultats, une planification conjointe des soins et des efforts visant à empêcher les enfants, les jeunes et les aidant.e.s de passer entre les mailles du filet.

Un plan de congé adapté aux besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s est préparé à l'avance et peut être modifié en fonction de l'évolution des besoins.

La préparation en vue du congé est une partie importante du plan de traitement. La planification de la transition se fait au début et tout au long du traitement afin d'aider les enfants, les jeunes et les aidant.e.s à se préparer graduellement à réintégrer la communauté. La planification efficace comprend une communication continue sur ce à quoi ressembleront les transitions afin que les enfants, les jeunes et les aidant.e.s comprennent à quoi s'attendre au moment du congé et comment surmonter les difficultés. Bien que ces plans de transition aient des objectifs clairs, la durée du traitement est souple et peut être adaptée au fur et à mesure que les besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s évoluent tout au long du traitement. L'état de préparation à la transition est évalué régulièrement afin de déterminer si les enfants, les jeunes et les aidant.e.s possèdent les compétences et le soutien nécessaires pour effectuer une transition sécuritaire hors du traitement en établissement. Les plans de transition sont élaborés en partenariat avec les prestataires de services communautaires, les enfants, les jeunes et les aidant.e.s, et sont personnalisés pour répondre à des préférences et besoins particuliers.

Lorsqu'un placement à l'extérieur de la région ou de la province est nécessaire, les enfants et les jeunes sont mis en relation avec des services de suivi dans leur communauté d'origine au moment du congé. Les organismes déterminent et atténuent les obstacles géographiques à l'accès à ces services.

Les plans de transition comprennent un soutien aux aidant.e.s.

Pour les enfants et les jeunes qui quittent le traitement en établissement, le système de prestation de soins joue un rôle essentiel en assurant une transition harmonieuse et des progrès durables. Si un enfant ou un jeune a identifié un.e aidant.e qui participe à son traitement, les aidant.e.s sont préparés tout au long du traitement pour que les enfants et les jeunes retournent chez eux, en acquérant des compétences et des

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

connaissances pour soutenir l'enfant ou le jeune. Cela aide à renforcer les relations, à établir la confiance et à créer un milieu familial favorable pour aider les enfants et les jeunes à maintenir les progrès qu'ils ont réalisés dans le cadre du traitement en établissement. Les plans de transition comprennent un soutien continu pour les aidant.e.s, y compris un soutien en établissement pendant une certaine période après le congé. Dans les cas où les aidant.e.s aimeraient participer, mais que les enfants et les jeunes n'ont pas donné leur consentement, le programme de traitement en établissement dispose des ressources et du soutien nécessaires pour aider les aidant.e.s à soutenir l'enfant ou le jeune à son retour à la maison.



Exemples concrets

- Les programmes favorisent une progression thérapeutique harmonieuse en explorant la question à savoir si des transitions progressives seraient bénéfiques ou si les enfants et les jeunes peuvent reprendre le traitement (TCD, par exemple) dans la communauté pendant qu'ils font la transition vers un autre traitement en établissement.
- Les travailleurs auprès des enfants et des jeunes facilitent l'acquisition de compétences grâce aux « journées à la maison ». Il s'agit notamment de visites en établissement la fin de semaine pour aider les jeunes et les aidant.e.s à pratiquer et à renforcer des stratégies de traitement et à garder les jeunes en contact avec les activités et les soutiens communautaires.
- Chaque jeune est soutenu de façon constante par un gestionnaire de cas qui travaille avec lui depuis l'admission jusqu'à la fin du traitement en établissement.
- Les interventions assistées par la technologie, tels les programmes en ligne sur les compétences parentales, les forums de réseautage entre parents et les séances de mentorat parental, comme Parent SMART, aident les aidant.e.s à renforcer leur confiance et à maintenir leurs progrès dans un format flexible et accessible.
- Des séances de soutien en établissement facultatives sont proposées après la transition afin de répondre aux besoins socioémotionnels des enfants, des jeunes, des parents et des frères et sœurs, dans le but de pérenniser la réunification des aidant.e.s.

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Il existe des iniquités systémiques dans les options de services et de ressources (programmes de traitement en établissement accessibles aux jeunes) disponibles en milieu rural par rapport aux centres urbains.
- La mauvaise collaboration entre les programmes de traitement en établissement et les autres niveaux de soutien communautaire entraîne une réticence à accepter les jeunes après leur traitement, par crainte de ne pas pouvoir maintenir les résultats obtenus.
- Les services communautaires, tels que les soins primaires et la psychiatrie, sont insuffisants pour soutenir les transitions et le suivi, en particulier dans les communautés rurales et isolées. La transition vers une liste d'attente peut nuire à des transitions harmonieuses et coordonnées dans la communauté.
- Les prestataires de services signalent des limites dans le soutien apporté à certaines initiatives menées par des jeunes visant à développer des compétences pratiques, car ces activités ne relèvent pas du champ d'action habituel de leurs fonctions ou des conventions collectives. Par conséquent, il se peut qu'on rate des occasions de mettre les jeunes en contact avec des services de suivi plus vastes qui favorisent l'autonomie et la réinsertion sociale.

Stratégies d'atténuation

- Commencer à planifier très tôt dans le processus la transition avec les aidant.e.s et les soutiens communautaires, y compris les prestataires de services de soins primaires, afin de favoriser, la réunification, l'autonomie et la réintégration dans la communauté.
- Mettre des ressources, comme le financement pour le transport, à la disposition des jeunes qui doivent parfois parcourir de longues distances pour retourner chez eux et leur offrir du soutien supplémentaire après leurs « journées à la maison », en reconnaissant que l'expérience à la maison peut être difficile.
- Mettre les jeunes en transition en contact avec des ressources qui correspondent à leurs besoins et à leurs objectifs – en particulier des ressources appropriées sur le plan du développement dans les systèmes de santé mentale et d'usage de substances pour adultes, ainsi que des ressources complémentaires pour l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne, l'emploi et le logement supervisé.

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« Les programmes doivent vraiment tenir compte de la réalité. Vous voulez que les gens suivent vos programmes de façon ordonnée, mais la réalité est que si les gens le font d'une manière parfaite, ils ne guérissent pas. Donc, les transitions ne seront pas toujours parfaitement planifiées. Il faut quand même s'assurer qu'il y a une coordination. Même si tout n'est pas planifié, il devrait tout de même y avoir une certaine coordination au bout du compte. »

- Jeune personne

« Il est très important d'apporter un soutien à la famille. Il faut le rappeler : les jeunes retournent dans leur environnement habituel, confrontés aux mêmes situations. Les familles n'ont peut-être pas eu le temps de se reconstruire. Je pense que c'est aussi un élément important à prendre en considération. »

- Un.e aidant.e



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Dès le début et de façon constante, on vous aide à planifier votre vie après le traitement en établissement. Une transition progressive et coordonnée du traitement en établissement vous a été offerte pour vous permettre de maintenir les progrès accomplis. Votre plan de transition est clairement communiqué d'une manière qu'il vous est facile de comprendre. Vous avez accès à des services de suivi qui reflètent vos objectifs et vos besoins. On vous fournit des outils et des ressources concrètes et accessibles pour vous aider à réintégrer votre communauté, ce qui favorise la stabilité et le succès à long terme. Vos aidant.e.s et les membres de votre famille sont inclus et soutenus tout au long du processus de transition, ce qui aide à créer un environnement stable et positif pour soutenir vos progrès. Votre plan de transition demeure souple et évolue à mesure que vos besoins changent. En tant que jeune personne, vous recevez également du soutien pour vous préparer à la transition vers les services aux adultes d'une manière qui vous est utile.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous commencez à planifier la transition tôt et vous favorisez une transition progressive et coordonnée hors du traitement en établissement. Vous travaillez en collaboration avec les enfants, les jeunes et leurs aidant.e.s. pour élaborer des plans de transition personnalisés et souples, qui reflètent leurs objectifs, leurs besoins et leurs préférences. Vous assurez une étroite coordination avec vos partenaires pour assurer la continuité des soins.

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

En tant que dirigeant.e.s d'organismes, vous établissez et maintenez des processus et des partenariats qui permettent une planification coordonnée et cohérente de la transition. Vous soutenez des structures de planification conjointe des soins, de responsabilité partagée et de communication solide entre les fournisseurs et les services communautaires pour veiller à ce que les enfants, les jeunes et les aidant.e.s vivent une continuité pendant leur transition vers la fin du traitement.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous soutenez l'harmonisation et la coordination dans tout le continuum des soins, ainsi qu'entre les services aux enfants et aux adultes, afin de réduire la fragmentation et d'assurer une transition harmonieuse entre les services et les prestataires. Vous investissez dans des approches qui garantissent que la planification de la transition est souple et adaptée aux besoins changeants, et que les enfants, les jeunes et les aidant.e.s sont soutenus tout au long du processus de transition et ont accès à des soins appropriés et continus.

Indicateurs de qualité

- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui bénéficient d'un plan de soins continus après le congé, y compris des services et des soutiens de suivi préarrangés.
- Pourcentage (%) de client.e.s qui sont suivi.e.s jusqu'à ce que le résultat de l'aiguillage soit confirmé.
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui reçoivent une évaluation des résultats à l'aide d'un outil validé avant et après le congé (p. ex. de 30 à 90 jours après).
- Pourcentage (%) d'enfants et de jeunes qui déclarent se sentir prêts à recevoir leur congé.
- Pourcentage (%) des plans de transition qui commencent à l'admission.
- Pourcentage (%) de plans de traitement avec confirmation documentée qu'une copie finale a été reçue par l'enfant ou la jeune personne et leur aidant.e pendant les transitions.
- Pourcentage (%) d'aidant.e.s qui reçoivent un soutien à domicile après le congé.
- Pourcentage (%) des plans de transition qui comprennent des mesures de soutien, des services ou des aiguillages après le congé pour les aidant.e.s.

Principe fondamental 9

Les programmes de traitement en établissement assurent une transition harmonieuse et coordonnée à la sortie du traitement.

[Normes cliniques et opérationnelles du MOATI](#)

Normes et documents connexes

- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances](#).
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\)](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (2025a). [Norme de qualité sur les niveaux de soins : faire correspondre les soins aux besoins et aux objectifs](#).
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et aux adolescents placés dans les services en établissement agréés](#).
- Qualité des services de santé Ontario (2022). [Transitions des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes : Soins pour les jeunes de 15 à 24 ans](#).

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 14.1, 14.2, 14.3 et 14.4 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 11.3.4 et 11.3.10.

Sources

ACSM, 2015; 2016; Ali et coll., 2023; Becker et coll., 2021; Coll et coll., 2019; Frensch et coll., 2022; Herbell et coll., 2024a; 2024b; Institut du savoir, 2025a; James, 2017; Johnson et coll., 2015; LIT QS Consultations, 2024-2026; MSEJ, 2016; MESSC, 2020; Ninan et coll., 2014; Optimus SBR, 2025; Patel et coll., 2019; Preyde et coll., 2018; 2020; Woody et coll., 2019.



Maintien d'un traitement de haute qualité

Comment maintenir un traitement en établissement de haute qualité en tirant des leçons de ce qui fonctionne et en améliorant ce qui ne fonctionne pas.



Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

Énoncé de qualité

Les programmes de traitement en établissement effectuent un suivi et une évaluation continus afin qu'ils puissent continuellement adapter et améliorer les services offerts aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s. Ils visent à répondre aux besoins propres à la communauté, à atténuer les lacunes et les difficultés et à tirer parti des forces et des possibilités d'amélioration.

- Les programmes de traitement en établissement ont mis en place un cadre commun de mesure du rendement pour appuyer l'évaluation continue.
- Les programmes de traitement en établissement évaluent continuellement leurs pratiques afin de cerner les lacunes et les défis, de tirer parti des forces et de trouver des occasions d'amélioration.
- Les jeunes et les aidant.e.s participent de façon significative à l'amélioration de la qualité aux niveaux individuel, organisationnel et systémique.
- Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins des communautés et des clients.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

- Il existe des méthodes de mobilisation des savoirs qui rassemblent des personnes issues de secteurs pertinents afin de parvenir à une compréhension commune des défis et des réussites, qu'elles échangent des idées et des pratiques et qu'elles travaillent en collaboration pour trouver des solutions.
- La mesure du rendement comprend des mesures de diversité pour évaluer l'équité et les résultats entre les groupes.



Pratiques prometteuses

Les programmes de traitement en établissement ont mis en place un cadre commun de mesure du rendement pour appuyer l'évaluation continue.

Des indicateurs de rendement clés sont définis et établis pour chaque programme de traitement en établissement, en fonction d'un cadre commun servant à mesurer le rendement organisationnel (gestion du risque, maintien en poste du personnel, satisfaction au travail) et les résultats axés sur les enfants et les jeunes. Il s'agit notamment des résultats fonctionnels (problèmes de santé mentale et d'usage de substances, milieu de vie sûr et stable, relations avec les pairs, activités quotidiennes significatives) et des expériences de traitement. Ces indicateurs fournissent des preuves de la qualité, à savoir que les programmes de traitement en établissement mettent en œuvre des modèles fondés sur des données probantes avec fidélité, améliorent les résultats et accordent la priorité aux expériences de soins positives et sécuritaires ainsi qu'à l'engagement significatif auprès des jeunes et des aidant.e.s. Ces conclusions favorisent l'amélioration continue de la qualité en éclairant les pratiques tant au niveau organisationnel qu'au niveau des systèmes.

Il existe une infrastructure et des mécanismes de données en place qui tirent parti des forces des systèmes et des approches existants pour collecter, évaluer et communiquer des données communes entre les fournisseurs, et pour soutenir un processus d'amélioration continu et itératif.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

Les programmes de traitement en établissement évaluent continuellement leurs pratiques afin de cerner les lacunes et les défis, de tirer parti des forces et de trouver des occasions d'amélioration.

Les programmes de traitement en établissement sont évalués au moyen de méthodes multiples et mixtes qui tiennent compte des différences culturelles et s'appuient sur diverses sources de données – comme des données qualitatives et quantitatives, l'expertise vécue, la recherche et les nouvelles données probantes – pour éclairer les plans d'amélioration. Des processus sont en place afin de veiller à ce que les enseignements tirés de l'évaluation orientent les pratiques au sein des organisations et entre les communautés, favorisent une amélioration continue, et que ces efforts s'effectuent en collaboration avec les jeunes et les aidant.e.s.

Les jeunes et les aidant.e.s participent de façon significative à l'amélioration de la qualité aux niveaux individuel, organisationnel et systémique.

Des processus de rétroaction continus sont en place pour saisir les expériences des jeunes et des aidant.e.s tout au long du traitement. Cette rétroaction aide les prestataires de services à mieux comprendre où les soins et les traitements doivent être ajustés. Les commentaires sont recueillis au moyen de divers mécanismes afin que toutes les voix soient entendues et valorisées. La rétroaction est intégrée de façon réfléchie dans la planification du traitement et l'amélioration des services, et les changements apportés sont communiqués aux jeunes et aux aidant.e.s. Au niveau de l'organisation et des systèmes, les jeunes et les aidant.e.s évaluent conjointement les services de traitement en établissement. Les résultats de l'évaluation sont communiqués aux jeunes et aux aidant.e.s, qui participent à leur interprétation et à la détermination de la manière dont ils seront utilisés pour améliorer l'organisation et le système.

Les programmes de traitement en établissement répondent aux besoins des communautés et des clients.

Les organismes s'appuient sur des données quantitatives et qualitatives, la rétroaction, la recherche, les nouvelles données probantes et l'expertise pour cerner les tendances et les priorités en matière de santé mentale, d'usage de substances et de dépendances dans leurs communautés, y compris là où les besoins ne sont pas satisfaits. Cette information entraîne des améliorations continues pour veiller à ce que les programmes évoluent constamment et demeurent adaptés aux besoins des clients et de la communauté en général.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

Il existe des méthodes de mobilisation des savoirs qui rassemblent des personnes issues de secteurs pertinents afin de parvenir à une compréhension commune des défis et des réussites, qu'elles échangent des idées et des pratiques et qu'elles travaillent en collaboration pour trouver des solutions.

Les commentaires et les améliorations sont communiqués aux jeunes, aux aidant.e.s, aux partenaires et à la communauté dans un langage clair et facile à comprendre et dans des formats visibles et accessibles. Cet échange d'information sert à améliorer continuellement le traitement en établissement en collaboration avec les jeunes, les aidant.e.s et les communautés.

La mesure du rendement comprend des mesures de la diversité pour évaluer l'équité et les résultats entre les groupes.

Les données démographiques sont prises en compte au moment de recueillir des renseignements et d'évaluer le rendement du programme. Ces données aident à déterminer quelles populations accèdent – ou n'accèdent pas – aux services de traitement en établissement. L'évaluation des résultats dans différents groupes permet de déterminer si le traitement en établissement répond efficacement aux besoins de populations particulières et où il peut y avoir des iniquités.

La rétroaction des jeunes et des aidant.e.s aide également à déterminer si les services sont adaptés sur le plan culturel. Les jeunes, les aidant.e.s et les partenaires des populations prioritaires participent à la définition des indicateurs de diversité utilisés et à la manière dont les résultats sont compris. Tout au long de ce processus, la confidentialité, la sécurité et la souveraineté des données sont respectées, y compris la souveraineté des données autochtones; en outre, les communautés ont la propriété, le contrôle, l'accès et la possession des données et de l'information les concernant. Ces constatations éclairent les objectifs du programme, orientent l'amélioration des services et des approches de traitement, et appuient la planification des programmes et des systèmes.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.



Exemples concrets

- Une ressource de données centralisée ou partagée contenant un dictionnaire de données partagé et des définitions uniformes pour l'ensemble des programmes de traitement en établissement est en place afin d'appuyer la mesure collective et de réduire les pressions liées à la production de rapports sur chaque organisme.
- Les cadres de mesure du rendement comprennent les plans de gestion des risques, et sont évalués régulièrement pour assurer la sécurité des enfants, des jeunes, des aidant.e.s et du personnel.
- Les organismes utilisent des voies de communication claires pour expliquer aux jeunes, aux aidant.e.s et aux parties prenantes comment leurs données sont utilisées et comment leur rétroaction est respectée. Par exemple, il pourrait s'agir d'un rapport d'impact, d'une fiche de pointage, d'une affiche ou d'une infographie.
- Les jeunes et les aidant.e.s fournissent régulièrement de la rétroaction pour éclairer l'amélioration de la planification du traitement en établissement, notamment par des activités comme des sondages, des groupes de discussion, des conseils consultatifs d'organismes, la participation à la formation et à l'embauche du personnel et des examens de l'assurance de la qualité.
- Les organismes font des efforts continus pour comprendre qui est servi dans le cadre de leurs programmes de traitement en établissement, ainsi que ceux qui ne sont pas servis, afin de cerner les iniquités en matière de services. D'autres ressources de données, comme l'information provenant de la santé publique, sont utilisées pour aider à relever les lacunes et les aspects à améliorer.
- Les connaissances sont enregistrées au moyen de ressources comme des fiches-conseils, des présentations, des rapports d'incidences et des instructions vidéo pour aider les prestataires de services à saisir et à interpréter les données de façon exacte et uniforme.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Obstacles

- Le coût élevé d'une infrastructure solide et du soutien pour la collecte et l'analyse des données peut être limitatif. Par conséquent, l'investissement dans l'infrastructure de données peut nuire à l'investissement dans un autre domaine connexe, comme la gestion du changement ou les programmes d'amélioration de la qualité.
- Certains organismes n'ont pas les ressources nécessaires pour appuyer une solide gestion du changement, la prise de décisions fondées sur des données probantes ou des initiatives d'amélioration de la qualité.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

- Les préoccupations au sujet des processus de protection des renseignements personnels et d'échange de données entre les partenaires de l'organisme peuvent créer des obstacles lorsque les processus sont perçus comme un fardeau ou lorsqu'il y a un manque de connaissances au sujet des renseignements qui peuvent être partagés.
- Il y a une pénurie de fonds dédiés, de personnel formé et disponible, et de technologie pour faire participer de façon significative les jeunes et les aidant.e.s aux efforts d'amélioration continue de la qualité, en particulier dans les communautés rurales et éloignées.
- Certaines occasions d'engagement peuvent sembler symboliques ou peu importantes pour les jeunes et les aidant.e.s, ce qui les rend moins susceptibles de participer de façon significative aux efforts d'amélioration continue de la qualité au sein de l'organisation. Cela peut signifier que certains projets d'amélioration de la qualité manquent de commentaires des jeunes et des aidant.e.s et ne donnent pas les résultats escomptés.

Stratégies d'atténuation

- Établir des partenariats avec les établissements de recherche pour accroître la capacité organisationnelle afin d'offrir des possibilités de recherche et d'évaluation plus rigoureuses.
- Créer un plan de mesure propre au programme de traitement en établissement (à l'aide du [Guide de mesure relatif aux normes de qualité](#) ou des plans du MOATI) afin de définir des mesures de rendement qui tirent parti des efforts existants de collecte de données, des définitions partagées et des outils.
- Veiller à ce que le personnel ait un accès continu aux possibilités de perfectionnement professionnel. Tirer parti du soutien d'organismes intermédiaires pour l'évaluation des programmes, la gestion du changement et les ressources d'amélioration de la qualité, tels que le [MOATI](#), l'[Institut du savoir](#) et l'[E-QIP: Excellence through Quality Improvement Project](#).
- Verser des honoraires pour récompenser les jeunes et les aidant.e.s de leur contribution et intégrer des mesures de soutien pratique (frais de transport, de garde d'enfants) afin d'appuyer leur participation équitable aux possibilités de rétroaction et d'amélioration de la qualité.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.



Ce que des jeunes et des aidant.e.s nous ont dit

« La capacité du personnel est un facteur qui contribue à [l'amélioration continue de la qualité]. L'apprentissage actif visant à améliorer le système... est vraiment rare. Il est clair que le transfert des connaissances prévu par ces normes devrait être une priorité pour remédier à cette situation. »

- Jeune personne

« À mon avis, ce principe fondamental consiste à examiner continuellement le fonctionnement du système actuel et à déterminer si les services répondent réellement aux besoins des enfants, des jeunes et de leurs aidant.e.s. Cela exige un état d'esprit stratégique, ouvert et curieux, qui recherche activement de nouvelles possibilités, cerne les lacunes et s'appuie sur les forces existantes. De plus, ce principe implique d'être intentionnel et critique dans la façon dont les connaissances sont mobilisées, en veillant à ce que l'information soit partagée de manière accessible et inclusive afin que toutes les communautés puissent acquérir une compréhension utile et équitable. L'évaluation continue, l'adaptation et la collaboration entre les équipes de soins sont essentielles. »

- Jeune personne



Ce que cela signifie pour nos publics

Pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s

Votre rétroaction et vos points de vue sont précieux et contribuent à améliorer les soins. Vous avez la possibilité de partager vos commentaires tout au long de votre traitement d'une manière qui vous semble sûre et pertinente. Votre contribution permet d'orienter la prestation des soins, notamment en cernant ce qui fonctionne et ce qui peut être amélioré. Vous avez la possibilité de participer à des discussions plus larges sur la conception, l'évaluation et l'amélioration des programmes. Vous êtes inclus dans les discussions sur la définition et la mesure du succès, afin que les résultats reflètent ce qui compte pour vous et votre communauté.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

Pour les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes

En tant que prestataires de services, vous participez à des efforts continus d'amélioration de la qualité pour renforcer les traitements. Vous puisez dans de multiples sources d'information pour comprendre ce qui fonctionne bien et où des améliorations sont nécessaires, et vous adaptez votre approche en fonction de ces enseignements. Vous disposez du temps et des ressources nécessaires pour participer à des formations et à des activités de perfectionnement professionnel, ce qui contribue à garantir que vos connaissances et vos compétences en matière d'évaluation et de suivi restent à jour. De plus, vous communiquez clairement au sujet des soins, des résultats et des améliorations d'une manière qui est compréhensible pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s, en les encourageant et en les responsabilisant pour façonner et renforcer les programmes.

En tant que responsables d'organismes, vous établissez et maintenez un cadre clair pour la mesure du rendement et l'amélioration de la qualité dans l'ensemble des programmes.

Pour les décideur.euse.s du système

En tant que décideur.euse.s, vous définissez les orientations pour l'amélioration continue de la qualité au sein du système, en veillant à ce que les soins soient éclairés par des données, des données probantes et les expériences des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. Vous encouragez l'utilisation de cadres communs et d'indicateurs pertinents qui reflètent les résultats et les expériences des soins.

Indicateurs de qualité

- Le programme dispose d'un plan de mesure qui, conformément au modèle de traitement, définit les résultats escomptés et leur mode d'évaluations (Oui/Non).
- Le programme utilise diverses sources de données (quantitatives et qualitatives) pour évaluer ses pratiques (Oui/Non).
- Le programme dispose d'un processus de collecte, d'examen et de traitement des commentaires et des plaintes des enfants, des jeunes et des aidant.e.s (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de modifications apportées au traitement en établissement en fonction des commentaires des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

- Le programme dispose d'un système de suivi qui permet de recueillir et d'examiner régulièrement les données et les commentaires des communautés afin d'orienter les améliorations du programme et de répondre aux besoins changeants des client.e.s et de la communauté (Oui/Non).
- Pourcentage (%) de clients et d'aidant.e.s qui déclarent avoir été informés des modifications apportées au programme à la suite de leurs commentaires.
- Nombre d'activités de mobilisation des connaissances menées pour soutenir l'apprentissage partagé et l'amélioration continue (présentations, ressources, ateliers).
- Les données sur la santé de la population (%) (y compris les données fondées sur la race, la langue, l'identité autochtone et sociodémographiques) sont utilisées pour comprendre les besoins de la communauté et éclairer la planification, la prestation et l'évaluation annuelles du traitement en établissement.

Normes et documents connexes

- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2010). [Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention \(version 2.0\)](#).
- Organisation de normes en santé (2023). [CAN/HSO 22004:2023 – Santé mentale et dépendances](#).
- Organisation de normes en santé (2025). [CAN/HSO 76000:2021 \(R2025\) – Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes \(confirmation\)](#).
- Persi, J. et Greenham, S. (2020). [Ontario Network of Child and Adolescent Inpatient Psychiatry Services : Service Guide, Standards, Benchmarks, & Literature Review: Standard 2: Psychological Safety, Dignity, Rights, Inclusion & Participation ».Document mis à jour le 3 décembre 2020](#).
- SoinsSantéCAN et Commission de la santé mentale du Canada (2021). [Cadre de soins de santé mentale de qualité](#).

Principe fondamental 10

Les programmes de traitement en établissement s'engagent à améliorer continuellement la qualité.

[Normes cliniques et
opérationnelles du MOATI](#)

Mise en correspondance avec la norme clinique

Ce principe fondamental correspond aux rubriques 1.1, 1.2, 8.4 et 21.1 de la norme clinique, ainsi qu'aux critères suivants : 3.1.4, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.4, 3.2.6, 4.1.1, 4.1.4, 4.1.5, 4.1.6, 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 6.3.3, 7.1.2, 8.3.1, 12.1.1, 14.2.1, 14.2.2, 14.2.5, 16.1.1, 17.1.8, 18.1.1, 19.2.2, 20.1.1, 20.1.3, 20.1.4, 20.1.5, 20.2.1, 20.2.7, 21.2.1, 21.2.2, 21.2.3, 22.1.5, 22.1.6, 22.1.8, 22.2.2, 22.2.5 et 22.2.6.

Sources

ACSM, 2015; 2016; Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2014; Herbell et coll., 2024b; Institut du savoir, 2025a; Johnson et coll., 2015; Lanier et coll., 2020; LIT QS Consultations, 2024-2026; MSEJ, 2016; Residential Treatment Working Group, 2017; Yeheskel et coll., 2020.

À propos de nous

Depuis plus de deux décennies, l'Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (l'Institut du savoir) rassemble des gens et des connaissances pour renforcer les soins aux nourrissons, aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s. En tant que partenaire et conseiller de confiance de plusieurs ministères de l'Ontario, nous collaborons avec tous les secteurs pour assurer des soins de haute qualité en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances. Nous mobilisons des données probantes, renforçons les connaissances et les compétences et accélérons le changement dans le système afin d'améliorer les services liés à la santé mentale, à l'usage de substances et aux dépendances partout en Ontario. L'Institut du savoir investit dans l'élaboration de normes de qualité provinciales pour le secteur des services en santé mentale, en santé liée à l'usage de substances et en dépendances chez les enfants et les jeunes. Au cours des années 2018 et 2019, nous avons élaboré deux normes de qualité (la [Norme de qualité pour l'engagement des jeunes](#) et la [Norme de qualité pour l'engagement des familles](#)) et, en 2020, un [Guide de qualité pour les services virtuels sans rendez-vous](#). En 2025, la [Norme de qualité sur les niveaux de soins](#) a été publiée. Nous menons des recherches et fournissons des ressources et des programmes pour aider les organismes à mettre ces normes en œuvre. Pour en savoir plus sur notre travail, veuillez consulter notre [page Web sur les normes de qualité](#).

Remerciements

Cette norme de qualité a été élaborée grâce au soutien et à l'expertise de nombreuses personnes. Nous les remercions de nous avoir fait part de leurs précieux points de vue tout au long du processus d'élaboration de la norme. La participation et l'engagement des membres du Comité consultatif sur les normes de qualité (CCNQ) et du personnel de l'Institut du savoir, dont les noms indiqués en ordre alphabétique, ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de cette norme de qualité. Nous sommes reconnaissants envers le grand nombre de jeunes et d'aidant.e.s, de membres de la communauté, de dirigeant.e.s d'organismes et du système, de prestataires de services, de chercheur.euse.s et de scientifiques qui ont généreusement offert leur temps et leur expertise au cours de l'élaboration de la norme. Nous tenons également à remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette norme de qualité, soit le Conseil du partenariat avec les familles de Santé mentale pour enfants Ontario, le New Mentality Network Adult Allies, le Conseil consultatif des jeunes et le Conseil consultatif des familles de l'Institut du savoir, le Conseil national de la jeunesse de Jeunesse, J'écoute, le Conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada et le Groupe couloir de la Commission de la santé mentale du Canada.

Comité consultatif sur les normes de qualité

Coprésidents :

- Mark Fraser, Compass/Bousolle/Akii-Izhinoogan
- Kelly-Lynn Musico, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir

Membres

- Daniel Akinjise, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir
- Ozzy Amini, Conseil consultatif des jeunes, Institut du savoir
- Ryan Andres, Pathstone Mental Health
- Akosua Atta-Mensah, YouthLink
- Aly Auclair, Conseil consultatif des jeunes, Institut du savoir
- Faith Ayowumi, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir
- Gord Bain, New Path, Services pour les enfants et les familles
- Teresa Bansen, YouthLink
- Alissa Blommestyn-Perez, Conseil consultatif des jeunes, Institut du savoir
- Sophia Chail-Teves, associée ayant une expertise vécue

Remerciements

- Vicki Cochrane, Santé mentale pour enfants Ontario/Parents et aidants naturels pour la santé mentale
- Kim Corace, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Université d'Ottawa
- Heather Cunningham, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir
- Roxanne Daignault, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir
- Sarah Dixon, Frontenac Youth Services
- Kai Flicker, en partenariat avec lived
- Alexandra Fortin, le Centre d'appui et de prévention (Le Cap)
- Tahmo Gharabaghi, The George Hull Centre for Children and Families
- Laurent Gilbert, Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario
- Em Girard, Conseil consultatif des jeunes, Institut du savoir
- Josh Goodbaum, Centres de traitement Youthdale
- Stephanie Greenham, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
- Megan Laroche, Laurencrest Youth Services
- Jordan MacKay, Vanier Le bien-être mental des enfants
- Don Mahleka, Commission de la santé mentale du Canada, Groupe couloir
- Jason McCormack, WoodGreen Community Services
- Janet McCrimmon, Strides Toronto
- Nadia Mohamed, Conseil consultatif des jeunes, Institut du savoir
- Debra Moore, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir
- Olivia Musico, associée et experte
- Christine Richer, Pleo et Enfants avant tout
- Dean Rokos, York Hills Centre for Children, Youth and Families
- Vanessa Rowland, Chimo Youth and Family Services
- Hajar Seiyad, Conseil consultatif des jeunes, Institut du savoir
- Katie Simpson, Keystone Child Youth & Family Services
- Kerry Smuk, Santé mentale pour enfants Ontario
- Paul Stimers, Reach Out Centre for Kids (ROCK)
- Kim Swartz, Conseil consultatif des familles, Institut du savoir
- Alison Willetts, Starling Community Services
- Kyle Williamson, centre régional pour enfants de l'Hôtel-Dieu-Grace Healthcare

Remerciements

Membres d'office

- Amanda Allan, Children's Centre Thunder Bay
- Mike Beauchesne, Dave Smith Youth Treatment Centre
- Mamta Chail, Youthdale Treatment Centres
- Meghann Darroch, Équipe Santé Ontario d'Ottawa-Ouest Quatre Rivières
- Abdel Habaka, OGIMAAWABIITONG, Kenora Chiefs Advisory
- Stephen Hendriks, Keystone Child, Youth and Family Services
- Michael Hone, Crossroads Children's Mental Health Centre
- Warren Kapashesit, Child & Youth Milopemahtesewin Services
- Tamar Meyer, Ontario Association of Young Parent Agencies
- Nitika Rewari, Commission de la santé mentale du Canada
- Andrea Roberts, Mains LeReseauDaideAuxFamilles.ca
- Megan Simpson, Roberts/Smart Centre
- Bo Turpin, Upstream Ottawa Mental Health Community Support
- Chris Vallée, associé possédant une expertise vécue
- Nicholas Watters, Institut du savoir
- Normandie Wragg, Maltby Centre

Le personnel de l'Institut du savoir

- Lidia Abraha
- Poppy DesClouds
- Renée Gulinigaer
- Karen Kennedy
- Marta Krygier-Bartz
- Jo Lam
- Kassia MacInnis
- Kathryn Matsushita
- Emma McDonald
- Hailey Mitchell
- Mandana Nezhad Bagheri
- Ajiri Onwo
- Amy Porath
- Jessica Sibbitt
- Christine Smith
- Myriam Taillon
- Alexandra Tucci

Références

- Abramovich, A. (2016). [Understanding how policy and culture create oppressive conditions for LGBTQ2S youth in the shelter system](#). *Journal of Homosexuality*, 64(11), 1484–1501.
- Aderibigbe, O., Stewart, S. L., Hirdes, J. P., et Perlman, C. (2022). [Substance use among youth in community and residential mental health care facilities in Ontario, Canada](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1731.
- Ali, F., Law, J., Russell, C., Bozinoff, N., et Rush, B. (2023). [An environmental scan of residential treatment service provision in Ontario](#). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(1), 73.
- American Psychological Association. (s. d.). [Measurement-based care](#).
- Association canadienne pour la santé mentale. (s. d.). [Rural and northern community issues in mental health](#).
- Banerjee, A. (2020). [Equity and quality of health-care access: Where do we stand and the way forward?](#) *Indian Journal of Community Medicine*, 45(1), 4–7.
- Barber, J., et Resnick, S. G. (2022). [Collect, Share, Act: A transtheoretical clinical model for doing measurement-based care in mental health treatment](#). *Psychological Services*, 10.1037/ser0000629.
- Beaulieu, E., Citron, S., Giroux, R., Laforme, C., Miners, A., Schrewe, B., et Sellers, E. (2025). [Cultural safety in practice: Providing quality health care for First Nations, Inuit, and Métis children and youth](#). *Paediatrics & Child Health*, 31(3), 228–234.
- Becker, S. J., Helseth, S. A., Janssen, T., Kelly, L. M., Escobar, K., et Spirito, A. (2021). [Parent smart: Effects of a technology-assisted intervention for parents of adolescents in residential substance use treatment on parental monitoring and communication](#). *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 6(4), 459–472.
- Beiser, M., et Hou, F. (2016). [Mental health effects of premigration trauma and postmigration discrimination on refugee youth in Canada](#). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 464–470.
- Berger, M., Fernando, S., Churchill, A. M., Cornish, P., Henderson, J., Shah, J., Tee, K., et Salmon, A. (2022). [Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults](#). *Early Intervention in Psychiatry*, 16(4), 327–341.
- Body Brave. (s. d.). [Eating disorders and stepped care](#).
- Bombay, A., Matheson, K., et Anisman, H. (2013). [The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma](#). *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320–338.
- Brend, D. M., et Collin-Vézina, D. (2022). [Stronger together: Workplace social support among residential child welfare professionals](#). *Child Abuse & Neglect*, 130, 105302.

Références

- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., . . . et Burke, S. (2017). [What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review](#). *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 1–16.
- Bureau de l'Ombudsman de l'Ontario. (2020). [Rapport annuel de la Commissaire aux services en français de l'Ontario 2019-2020](#).
- Bureau du vérificateur général de l'Ontario. (2025). [Audit du rendement : Programme communautaire de santé mentale pour les enfants et les jeunes](#)
- Burman, A., Denberg, H., Gnat, L., Khalil, J., Mina, M., O'Neill, L., Panchal, Z., Wells, M., et Ninomiya, M. M. (2024). [Building strong foundations: Recommendations based on the current state of live-in/intensive day programs for pregnant and parenting youth, their infants and children in Ontario \[Policy Brief\]](#). Wilfrid Laurier University.
- Capitalize for Kids. (2025). *Provincial intensive landscape report. Ontario Intensive Treatment Pathway*.
- CAPSA. (2023). [Comprendre la santé en matière de l'usage de substances : une question d'équité](#).
- Catholic Children's Aid Society of Toronto. (2022). [Frequently asked questions: Residential schools, truth and reconciliation, and child welfare](#).
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2022). [Comprendre l'usage de substances : Un guide pour les éducateurs](#).
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2023). [Compétences techniques pour les intervenants en santé mentale et en usage de substances au Canada](#).
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (s. d.). *Evaluation and performance measurement [PowerPoint Presentation]*.
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (2016). [Le soutien de la jeunesse par les pairs dans un contexte de santé mentale](#).
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (2021a). [Norme de qualité pour l'engagement des familles](#).
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (2021b). [Norme de qualité pour l'engagement des jeunes](#).

Références

- Centre d'innovation en santé mentale pour les campus. (2019). [Les Soins par paliers - Guide pour les établissements d'enseignement postsecondaire : Un modèle prometteur pour améliorer l'accès aux services en santé mentale sur les campus.](#)
- Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2014). [Ownership, Control, Access and Possession \(OCAP™\): The path to First Nations information governance.](#)
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2023). [La recherche en temps réel : Projet ECHO pour francophones – Détermination des besoins des fournisseurs de services desservant les communautés franco-ontariennes afin de créer un programme de formation en français sur le traitement des dépendances.](#)
- Centre national pour la vérité et la réconciliation. (s. d.). [Histoire des pensionnats autochtones.](#)
- Choi, B. C. K., et Pak, A. W. P. (2006). [Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness.](#) *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351–364.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). [Braquer la lumière sur la santé mentale dans les communautés noires.](#)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2025). [Consulter les personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent de la maladie mentale : conseils consultatifs de la CSMC.](#)
- Commission de la santé mentale du Canada. (s. d.). [Holding hope in our hearts: Relational practice and ethical engagement in mental health and addictions \[Report\].](#)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2019). [Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés \(IRER\) et les déterminants sociaux de la santé : Examen des données du recensement de 2016.](#)
- Consortium des organismes responsables. (2021). [Mieux ensemble : Renforcer le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario pour les enfants, les jeunes, et leurs familles.](#)
- Consortium des organismes responsables. (2019). [Réaliser le potentiel : Renforcer le système de santé mentale de l'Ontario pour les enfants, les jeunes, et leurs familles.](#)
- Coll, K. M., Sawyer, S., Scholl, S., et Hauser, N. (2019). [A logic model development for an adolescent-based intervention to improve benefits from Therapeutic Residential Care \(TRC\).](#) *Evaluation and Program Planning*, 76, 101678.
- Collectif national de normalisation en santé mentale et santé liée à l'usage de substances. (2024). [Feuille de route de normalisation en santé mentale et santé liée à l'usage de substances.](#) Conseil canadien des normes.

Références

- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#).
- Commission ontarienne des droits de la personne. (s. d.). [Enfances interrompues: Surreprésentation des enfants autochtones et noirs au sein du système de bien-être de l'enfance de l'Ontario](#).
- Cornish, P. A., Berry, G., Benton, S., Barros-Gomes, P., Johnson, D., Ginsburg, R., Whelan, B., Fawcett, E., et Romano, V. (2017). [Meeting the mental health needs of today's college student: Reinventing services through Stepped Care 2.0](#). *Psychological Services*, 14(4), 428–442.
- Creed, T. A., Waltman, S. H., et Williston, M. A. (2021). [Establishing a collaborative care CBT milieu in adolescent inpatient units](#). *Cognitive Therapy and Research*, 45, 428–438.
- Cunningham, R., Polomano, R. C., Wood, R. M., et Aysola, J. (2022). [Health systems and health equity: Advancing the agenda](#). *Nursing Outlook*, 70(6), S66–S76.
- Daly, D. L., Huefner, J. C., Bender, K. R., Davis, J. L., Whittaker, J. K., et Thompson, R. W. (2018). [Quality care in therapeutic residential programs: Definition, evidence for effectiveness, and quality standards](#). *Residential Treatment for Children et Youth*, 35(3), 242–262.
- Duarte, F., et Selmi, P. (2023). [Canadian social work and the Sixties Scoop: Reflections on the past, lessons for today](#). Dans V. Loakimidis et A. Wyllie (Eds.), *Social Work's Histories of Complicity and Resistance: A Tale of Two Professions* (pp. 31–40). Bristol University Press.
- Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., et Neuner, F. (2024). [Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework](#). *Clinical Psychology Review*, 113, 102491.
- Duncan, L., Georgiades, K., Reid, G. J., Comeau, J., Birch, S., Wang, L., et Boyle, M. H. (2020). [Area-level variation in children's unmet need for community-based mental health services: Findings from the 2014 Ontario child health study](#). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(5), 665–679.
- Engel, G. L. (1977). [The need for a new medical model: A challenge for biomedicine](#). *Science*, 196(4286), 129–136.
- Espenes, K., Waaler, P. M., Keles, S., Helland, S. S., Schmidt, H. III, Kjøbli, J., et Tørmoen, A. J. (2023). [Implementing a residential dialectical behavior therapy-informed treatment model to improve adolescent mental health: Feasibility, fidelity, and acceptability](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 40(2), 132–155.
- Evans, N., Edwards, D., et Carrier, J. (2020). [Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: A scoping review](#). *JBI Evidence Synthesis*, 18(2), 275–308.

Références

- Fallon, B., Lefebvre, R., Trocmé, N., Richard, K., Hélie, S., Montgomery, H. M., Bennett, M., Joh-Carnella, N., Saint-Girons, M., Filippelli, J., MacLaurin, B., Black, T., Esposito, T., King, B., Collin-Vézina, D., Dallaire, R., Gray, R., Levi, J., Orr, M., . . . et Soop, S. (2021). [Denouncing the continued overrepresentation of First Nations children in Canadian child welfare \[Report\]](#).
- Fante-Coleman, T., et Jackson-Best, F. (2020). [Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for Black youth: A scoping review](#). *Adolescent Research Review*, 5(2), 115–136.
- Fishbein, D. H., et Sloboda, Z. (2023). [A national strategy for preventing substance and opioid use disorders through evidence-based prevention programming that fosters healthy outcomes in our youth](#). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 1–16.
- Frensch, K., Ashbourne, G., MacLeod, K., Bartlett, D., et Preyde, M. (2022). [Better than expected: Young adults' perceptions of community living after children's residential mental health treatment](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(1), 57–80.
- Furtado, J., Tran, A., Currie, V., et Preyde, M. (2016). [Exploration of coping strategies of youth accessing residential and day treatment programs](#). *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 38(1), 108–118.
- Ge, E., Su, M., Zhao, R., Huang, Z., Shan, Y., et Wei, X. (2021). [Geographical disparities in access to hospital care in Ontario, Canada: A spatial coverage modelling approach](#). *BMJ Open*, 11(1), e041474.
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Fraser, S., Lafortune, D., et Dumais, A. (2021). [Worker and perceived team climate factors influence the use of restraint and seclusion in youth residential treatment centers: Results from a mixed-method longitudinal study](#). *Child Abuse & Neglect*, 111, 104825.
- Gharabaghi, K. (2010). [In-service training and professional development in residential child and youth care settings: A three sector comparison in Ontario](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(2), 92–114.
- Gharabaghi, K. (2024). [Quality care in residential care and treatment settings in North America: From complex research to four everyday principles for practice](#). *Youth*, 4(1), 244–259.
- Goldman, J., Trunzo, C., et Agosti, J. (2019). [NCTSN trauma-informed organizational assessment](#). The National Child Traumatic Stress Network.
- Good, B., et Mishna, F. (2021). [“Double-edged sword” of digital media use among youth in residential treatment: Perspectives of service providers](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(2), 198–222.
- Gouvernement de l'Ontario. (2016). [Accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario \(Loi de 2005 sur l'\)](#), L.O. 2005, chap. 11
- Gouvernement du Canada. (2022). [Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ 2022](#)
- Gouvernement du Canada. (2024). [Le principe de Jordan : Lignes directrices sur l'intérêt supérieur de l'enfant](#)

Références

- Green, R., Mitchell, P. F., Lee, K., Svensson, E., Toh, J. W., Barentsen, C., Copeland, M., Newton, J. R., Hawke, K. C., et Brophy, L. (2019). [Key features of an innovative sub-acute residential service for young people experiencing mental ill health](#). *BMC Psychiatry*, 19, 1–13.
- Grosset, C., Frensch, K., Cameron, G., et Preyde, M. (2018). [Perceptions of long-term community adaptation of delinquent young adults who graduated from children's residential mental health treatment](#). *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 231–241.
- Gutterswijk, R. V., Kuiper, C. H. Z., Lautan, N., Kunst, E. G., van der Horst, F. C. P., Stams, G. J. J. M., et Prinzie, P. (2020). [The outcome of non-institutional youth care compared to institutional youth care: A multilevel meta-analysis](#). *Children and Youth Services Review*, 113, Article 104950.
- Harper, N. J., Mott, A. J., et Obee, P. (2019). [Client perspectives on wilderness therapy as a component of adolescent residential treatment for problematic substance use and mental health issues](#). *Children and Youth Services Review*, 105, 104450.
- Herbell, K., et Ault, S. (2021). [Differences in treatment approaches by residential treatment facilities](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 224–247.
- Herbell, K., Breitenstein, S. M., Ault, S., et Price, M. (2024a). [Variation in evidence-based practices among youth-serving residential treatment facilities](#). *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(3), 503–517.
- Herbell, K., McNamara, P., Cresswell, C., Price, M., Sweeney, M., et Bellonci, C. (2024b). [Are we practicing what we preach? Family partnership in therapeutic residential care for children and youth](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(1), 2–23.
- Hodgson, C., DeCoteau, R., Allison-Burbank, J., et Godfrey, T. (2022). [An updated systematic review of risk and protective factors related to the resilience and well-being of Indigenous youth in the United States and Canada](#). *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 29(3), 136–195.
- Hoover, S., et Bostic, J. (2021). [Schools as a vital component of the child and adolescent mental health system](#). *Psychiatric Services*, 72(1), 37–48.
- Huefner, J., et Ainsworth, F. (2021). [Commentary: Recognizing the value of the milieu in therapeutic residential care for children and youth](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 324–335.
- Infant and Early Years Mental Health Promotion. (2024). *Building a brighter future together*.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2024). [Qu'est-ce que le fardeau des déplacements et comment varie-t-il au Canada?](#)

Références

- Ireland, N. (2024). [Black youth face barriers in mental health care access: Experts](#). CBC.
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (s. d.). [Voies d'accès aux soins intégrés](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2023a). [Étendre sa portée: un guide concis pour planifier votre initiative de mobilisation des savoirs](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2023b). [Priorités des services de consommation de substance et de dépendances pour les jeunes en Ontario](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2024a). [Comprendre les troubles concomitants](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2024b). [Donner vie à ses idées : une trousse d'outils de mise en œuvre](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2024c). [Évaluation et amélioration de la qualité : des approches complémentaires pour améliorer vos programmes](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2025a). [Norme de qualité sur les niveaux de soins : Jumeler les jeunes au bon niveau de soins au bon moment](#).
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2025b). [Soins en santé mentale pour les enfants ayant et cherchant la protection de réfugié.e.s](#).
- James, S. (2017). [Implementing evidence-based practice in residential care: How far have we come?](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 34(2), 155–175.
- Johnson, L. L., Van Wagner, V., Sheridan, M., Paul, C., Burkholder, R., et Evans, R. (2015). [Strengthening children's mental health residential treatment through evidence and experience](#). Kinark Child and Family Services.
- Kanter, J. (1989). [Clinical case management: Definition, principles, components](#). *Psychiatric Services*, 40(4), 361–368.
- Keyes, C. L. M. (2002). [The mental health continuum: From languishing to flourishing in life](#). *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Kielland, N., et Simeone, T. (2013). [Questions d'actualité en santé mentale au Canada - La santé mentale des communautés des Premières Nations et des communautés inuites](#). Gouvernement du Canada.

Références

- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., et Pincus, H. A. (2018). [Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective](#). *World Psychiatry*, 17(1), 30–38.
- Kingsbury, M., et Findlay, L. (2024). [La santé mentale et l'accès au soutien chez les jeunes 2ELGBTQ+](#). *Health Reports*, 35(11), 12–22.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., et Pottie, K. (2011). [Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care](#). *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967.
- Kor, K., Fernandez, E., et Spangaro, J. (2021). [Practitioners' experience of implementing therapeutic residential care: A multi-perspective study](#). *Children and Youth Services Review*, 131, 106301.
- Kvamme, L. S., Keles, S., Nes, R. B., Vaskinn, L., Waaler, P. M., Wentzel-Larsen, T., et Kjøbli, J. (2024). [Common practice elements in treatment programs for adolescents with externalizing and internalizing problems: A meta-analysis](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(2), 152–182.
- Lanier, P., Jensen, T., Bryant, K., Chung, G., Rose, R., Smith, Q., et Lackmann, L. (2020). [A systematic review of the effectiveness of children's behavioral health interventions in psychiatric residential treatment facilities](#). *Children and Youth Services Review*, 113, 104951.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., et Alberga, L. (2018). [Multidimensional family therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47–56.
- Lunsky, Y., Tint, A., Weiss, J. A., Palucka, A., et Bradley, E. (2018). [A review of emergency department visits made by youth and adults with autism spectrum disorder from the parent perspective](#). *Advances in Autism*, 4(1), 10–18.
- Lynch, S. E., Teich, J. L., et Smith, K. E. (2017). [Psychiatric residential treatment centers for children and adolescents: Modeling variation in facility definition type](#). *Journal of Child & Family Studies*, 26(4), 1219–1229.
- Mandal, A., et Burella, M. (2021). [Soutiens inadéquats en matière de santé mentale dans les communautés rurales et du nord de l'Ontario](#). *Ontario Medical Students Association*.
- Matte-Landry, A., et Collin-Vézina, D. (2022). [Patterns of change in restraints, seclusions and time-outs over the implementation of trauma-informed staff training programs in residential care for children and youth](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(2), 154–178.
- McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M., et Killackey, E. (2022). [Designing and scaling up integrated youth mental health care](#). *World Psychiatry*, 21(1), 61–76.

Références

- Ministère de la Santé de l'Ontario. (2024). [Descriptions de services du programme de santé mentale pour les enfants et les jeunes \(SMEJ\) du MSS 2024-2025](#).
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. (2016). [Parce que ce sont les jeunes qui comptent : Rapport du Comité consultatif pour les services en établissement](#).
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario - Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés](#).
- Minkoff, K., et Covell, N. H. (2022). [Recommendations for integrated systems and services for people with co-occurring mental health and substance use conditions](#). *Psychiatric Services*, 73(6), 686–689.
- Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif. (2025). [Caractéristiques des populations cliniques du MOATI](#).
- Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif. (2026). [Normes cliniques et opérationnelles – OITP | Parcours de traitement intensif de l'Ontario](#).
- Mughal, S., Salmon, A., Churchill, A., Tee, K., Jaouich, A., et Shah, J. (2022). [Guiding principles for implementing stepped care in mental health: Aligning on the bigger picture](#).
- Mughal, S., Young, B., Churchill, A., Rash, J., Tee, K., Salmon, A. et Shah, J.L. (2025). [Proposed standards for implementing stepped care models in child and youth mental health service systems: Results of a Pan-Canadian Delphi study](#). *Early Intervention in Psychiatry*, 19: e70057.
- Ninan, A., Krieter, G., Steele, M., Baker, L., Boniferno, J., Crotogino, J., Stewart, S. L., et Dourova, N. (2014). [Developing a clinical framework for children/youth residential treatment](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 31(4), 284–300.
- O'Connor, P. J. (1990). [Normative data: Their definition, interpretation, and importance for primary care physicians](#). *Family Medicine*, 22(4), 307–311.
- O'Leary, S., McGill, C. E., Nagar, P. M., Colasanto, M., Trull, G., et Phythian, K. (2024). [Working together: Interdisciplinary training within live-in treatment](#). *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), 429–438.
- Optimus SBR. (2025). [Modèle ontarien d'accès aux traitements intensifs : Rapport sur les populations cliniques](#). Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif.
- Organisation internationale de normalisation. (2015). [Principes de management de la qualité](#).

Références

- Owais, S., Tsai, Z., Hill, T., Ospina, M. B., Wright, A. L., et Van Lieshout, R. J. (2022). [Systematic review and meta-analysis: First Nations, Inuit, and Métis youth mental health](#). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(10), 1227–1250.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A.J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C. Lund, C., Mora, M. E. Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G., et Whiteford, H. (2016). [Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities](#). *The Lancet*, 387(10028), 1672–1685.
- Patel, M., Head, S., Dwyer, J., et Preyde, M. (2019). [Youth transition home from residential mental health treatment: Caregivers' perspective](#). *Child & Adolescent Social Work Journal*, 36(5), 485–494.
- Pathways to Care. (2020). [Obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et jeunes noir.e.s : une étude de portée](#).
- Pincus, H. A., Scholle, S. H., Spaeth-Rublee, B. Hepner, K. A., et Brown, J. (2016). [Quality measures for mental health and substance use: Gaps, opportunities, and challenges](#). *Health Affairs*, 35(6), 1000–1008.
- Pinheiro, M., Magalhães, E., Calheiros, M. M., et Macdonald, D. (2024). [Quality of relationships between residential staff and youth: A systematic review](#). *Child and Adolescent Social Work Journal*, 41(4), 561–576.
- Preyde, M., Bartlett, D., Carter, J., Walraven, K., Ogilvie, S., et Ashbourne, G. (2018). [Exposing challenges in transitioning post-residential mental health treatment: The case of the “poster child.”](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(4), 336–349.
- Preyde, M., MacLeod, K., Bartlett, D., Ogilvie, S., Frensch, K., Walraven, K., et Ashbourne, G. (2020). [Youth transition after discharge from residential mental health treatment centers: Multiple perspectives over one year](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 37(1), 65–89.
- Programme ontarien de psychothérapie structure Centre-Nord. (s. d.). [Soins fondés sur la mesure](#).
- Pumariega, A. J., Winters, N. C., et Huffine, C. (2003). [The evolution of systems of care for children's mental health: Forty years of community child and adolescent psychiatry](#). *Community Mental Health Journal*, 39(5), 399–425.
- Quinlan-Davidson, M., Roberts, K. J., Devakumar, D., Sawyer, S. M., Cortez, R., et Kiss, L. (2021). [Evaluating quality in adolescent mental health services: A systematic review](#). *BMJ Open*, 11(5), e044929.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., et Madigan, S. (2021). [Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis](#). *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150.
- Residential Treatment Working Group: East Metro Youth Services & Moving on Mental Health Toronto. (2017). *Residential treatment working group: Final report*.

Références

- Rooddehghan, Z., ParsaYekta, Z., et Nasrabadi, A. N. (2017). [Equity in nursing care: A grounded theory study](#). *Nursing Ethics*, 26(2), 598–610.
- Roy, C., Morizot, J., Lamothe, J., et Geoffrion, S. (2020). [The influence of residential workers social climate on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth](#). *Children and Youth Services Review*, 114, 105035.
- Santé mentale pour enfants Ontario. (s. d.). [Ontario's child and youth mental health agencies](#).
- Santé mentale pour enfants Ontario. (2015). *Envisioning a future residential system of care: A summary of key feedback from suggestions for system improvement from stakeholders across Ontario*.
- Santé mentale pour enfants Ontario (2016). *Residential treatment: Working towards a new system framework for children and youth with severe mental health needs*.
- Santé Ontario. (2025). [Équité, inclusion, diversité et antiracisme : Faits saillants en 2024-2025](#). Provincial Equity Office.
- Santé publique Ontario. (2024). [Cadres et outils d'action contre le racisme pour faire progresser la planification, la prestation des services et la prise de décisions en matière de santé publique](#).
- Saunders, N. R., Gill, P. J., Holder, L., Vigod, S., Kurdyak, P., Gandhi, S., et Guttman, A. (2018). [Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: A population-based study](#). *Canadian Medical Association Journal*, 190(40), E1183–E1191.
- Schutte, V., Danseco, E., et Lucente, G. (2022). [Comment utiliser les données fondées sur la race pour faire progresser l'équité en santé mentale](#). Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes.
- Sexual Assault Centre of Edmonton. (2020). [Creating a safer space program](#).
- SickKids. (2025). [Service de télésanté mentale](#).
- Sim, A., Ahmad, A., Hammad, L., Shalaby, Y., et Georgiades, K. (2023). [Reimagining mental health care for newcomer children and families: A qualitative framework analysis of service provider perspectives](#). *BMC Health Services Research*, 23(1), 699.
- Smye, V., Browne, A. J., Josewski, V., Keith, B., et Mussell, W. (2023). [Social suffering: Indigenous peoples' experiences of accessing mental health and substance use services](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3288.
- Statistique Canada. (2024). [Accès aux soins de santé et expériences connexes des peuples autochtones](#).
- Sterling, S., Weisner, C., Hinman, A., et Parthasarathy, S. (2010). [Access to treatment for adolescents with substance use and co-occurring disorders: Challenges and opportunities](#). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(7), 637–646.

Références

- Stewart, S. L., Thornley, E., Lapshina, N., Vingilis, E., Erickson, P., Hamilton, H. A., Abbas, S., et Semovski, V. (2023). [Care planning needs for youth in custody, inpatient, and outpatient settings](#). *Children and Youth Services Review*, 152, Article 107082.
- Stokes, Y., Lewis, K. B., Tricco, A. C., Hambrick, E., Jacob, J. D., Demery Varin, M., . . . et Graham, I. D. (2024). [Trauma-informed care interventions used in pediatric inpatient or residential treatment mental health settings and strategies to implement them: A scoping review](#). *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 1737–1755.
- Strickler, A., Mihalo, J., Bundick, M., et Trunzo, A. (2016). [Relationship between time in residential treatment and youth outcomes: Results from a cross-site 5-year analysis](#). *Journal of Child & Family Studies*, 25(6), 1860–1870.
- Strides Toronto. (2022). [Re-imagining the entry to intensive child and youth mental health services in Toronto: Report, recommendations and implementation plan](#).
- Taylor, A. B., Chan, A., Hall, S. L., Saewyc, E. M., et Canadian Trans et Non-binary Youth Health Survey Research Group. (2020). [Being safe, being me: 2019 results of the Canadian Trans and Non-Binary Youth Health survey](#). Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, University of British Columbia.
- Theall, L., Arbeau, K., Willoughby, K., St. Pierre, J., Ng, G., et Stewart, S. L. (2022). [Assessing needs and outcomes of children and youth receiving intensive services](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(1), 16–33.
- Thomson, M. S., Chaze, F., George, U., et Guruge, S. (2015). [Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: A review of barriers and recommendations](#). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1895–1905.
- Tremblay, M., Baydala, L., Khan, M., Currie, C., Morley, K., Burkholder, C., Davidson, R., et Stillar, A. (2020). [Primary substance use prevention programs for children and youth: A systematic review](#). *Pediatrics*, 146(3), e20192747.
- Université de la Colombie-Britannique. (s. d.). [Equity and inclusion glossary of terms](#).
- Vögele, C. (2015). [Behavioral medicine](#). In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed., pp. 463–469). Elsevier.
- Vogelsang, A. M., McGill, C. M., Caraway, S. J., Dorn-Medeiros, C. M., et Vinzant, R. C. (2024). [Narrative inquiry describing young adult perspectives about leaving residential treatment as a child](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 42(1), 80–98.
- Weerasinghe, N., Wright, A. L., VanEvery, R., et Mohammed, S. (2023). [A Narrative Review of Mental health services for Indigenous Youth in Canada: Intersectionality and Cultural Safety as a Pathway for change](#). *Journal of Recovery in Mental Health*, 6(2), 33–55.

Références

- Westerhof, G. J., et Keyes, C. L. M. (2009). [Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan](#). *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., ... et Zeira, A. (2016). [Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 33(2), 89–106.
- Woodbury, M. G., et Kuhnke, J. L. (2014). [Evidence-based practice vs. evidence-informed practice: What's the difference?](#) *Wound Care Canada*.
- Woody, C., Baxter, A., Wright, E., Gossip, K., Leitch, E., Whiteford, H., et Scott, J. G. (2019). [Review of services to inform clinical frameworks for adolescents and young adults with severe, persistent, and complex mental illness](#). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), 503–528.
- Yeheskel, A., Jekielek, A., et Sandor, P. (2020). [Taking up residence: A review of outcome studies examining residential treatment for youth with serious emotional and behavioural disorders](#). *Children and Youth Services Review*, 111, 104842.
- Yun, K., Jenicek, G., et Gerdes, M. (2019). [Overcoming language barriers in mental and behavioral health care for children and adolescents—Policies and priorities](#). *JAMA Pediatrics*, 173(6), 511–512.

Annexe A : Glossaire

Aidant.e.s et réseaux de soutien

Le terme « aidant.e » désigne les personnes qui prennent soin d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un jeune. Le système de prestation de soins est un groupe de personnes liées par le soutien, les soins et la surveillance d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un jeune. Les personnes qui prennent soin de l'enfant ou du jeune sont celles que ce dernier reconnaît comme importantes pour son bien-être (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2021a; 2021b). Ils.elles peuvent être lié.e.s par des liens familiaux, biologiques, émotionnels, culturels ou juridiques. Parmi les aidant.e.s, mentionnons les parents et les membres de la famille comme les frères et sœurs, les grands-parents, les oncles et tantes, et d'autres personnes de soutien, tels les partenaires, les aîné.e.s, les mentor.e.s, les pairs et les tuteurs.trices légaux.ales.

La défense des droits, la constance et la coordination tout au long du parcours de traitement d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un jeune sont souvent assurées par un parent ou la personne qui prend soin de l'enfant ou du jeune et sur laquelle ce dernier repose. Il est reconnu que le terme « aidant.e » ne rend pas pleinement compte de la profondeur des liens et des responsabilités vécus et exigés des personnes les plus responsables des jeunes dont elles ont la charge. L'utilisation des termes « aidant.e », « réseau de soutien » et « système de prestation de soins » dans cette norme de qualité vise à représenter de manière holistique ces personnes et ces communautés ainsi que le rôle essentiel qu'elles jouent.

Amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité consiste à prendre des mesures pour accroître l'efficacité et l'efficacité des processus et des activités au sein de votre organisme. Il s'agit d'un effort continu visant à améliorer constamment les programmes afin d'obtenir de meilleurs résultats pour l'ensemble des partenaires (Institut du savoir, 2024c).

Approche biopsychosociale

Une approche biopsychosociale reconnaît que la santé et le bien-être sont façonnés par l'interaction dynamique des influences biologiques, psychologiques et sociales, et que la compréhension et le soutien d'une personne exigent qu'on porte attention à ces trois domaines plutôt qu'à un seul aspect isolé (Engel, 1977; Vögele, 2015).

Assurance de la qualité

L'assurance de la qualité consiste à établir des normes et à veiller à ce que les programmes respectent systématiquement des niveaux de qualité, comme les normes minimales pour les services brefs ou la promptitude des rendez-vous avec les client.e.s (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, s.d.).

Besoins complexes

Quelques enfants ou jeunes ont des problèmes de santé mentale importants, multiples, rares ou persistants qui peuvent avoir une incidence sur leur fonctionnement à la maison, à l'école et dans la communauté. Ces besoins sont considérés comme complexes et nécessitent souvent des services intensifs. Parmi les exemples de problèmes de santé mentale complexes, on peut citer les troubles bipolaires et apparentés, les troubles de la personnalité émergents, les troubles dissociatifs, la schizophrénie et les troubles psychotiques, la dysphorie de genre et les comportements sexuels et paraphiliques. Le terme « complexe » s'applique également aux besoins en santé mentale des enfants et des jeunes qui présentent d'autres problèmes ou difficultés ayant une incidence sur les services dont ils ont besoin. Il peut s'agir d'incapacités développementales, des troubles du spectre de l'autisme ou de troubles liés à l'usage de substances (Institut du savoir, s.d.).

Client.e.s

Les client.e.s sont défini.e.s dans ce document comme des enfants et des jeunes âgé.e.s de 0 à 25 ans. Dans certains cas, les aidant.e.s ou l'ensemble du réseau de soutien sont aussi appelés des client.e.s. Par exemple, les aidant.e.s jouent un rôle important dans les soins et le bien-être immédiat et à long terme des nourrissons, des enfants et des jeunes. Par conséquent, bon nombre de membres du réseau de soutien (famille, parents, frères et sœurs, autres) peuvent être identifié.e.s comme étant le ou la client. Il peut aussi y avoir d'autres circonstances dans lesquelles

des organismes communautaires de santé mentale pour les enfants et les jeunes offrent des soins et des services aux aidant.e.s, comme l'éducation, l'orientation familiale et l'acquisition de compétences (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2024). Toutes les clientes et tous les clients sont des personnes qui ont consenti à recevoir des soins au moyen d'un processus de consentement éclairé.

Comité consultatif sur les normes de qualité (CCNQ)

Le CCNQ est composé d'un panel diversifié de parties prenantes (généralement de 20 à 30 membres) représentant l'ensemble du secteur et partageant une expertise thématique pour éclairer, valider, peaufiner et approuver les normes de qualité de l'Institut du savoir. Le CCNQ est coprésidé par un membre du Consortium des organismes responsables et un membre du Conseil consultatif des familles de l'Institut du savoir. Cette coprésidence vise à favoriser la représentation des principales parties prenantes de nos normes de qualité (c.-à-d., les organismes responsables et les prestataires de soins), et à renforcer l'importance de l'expérience vécue au sein de ce comité consultatif d'experts.

Continuum de soins

Les modèles de continuum de soins comprennent un éventail de types et de milieux de soins et de traitement en fonction des besoins et de la gravité des symptômes des clientèles. Les principes des modèles de continuum de soins ont inspiré des modèles semblables, comme celui des niveaux de soins. Bien que les deux modèles comprennent un éventail de soins et de traitements, qui reflètent les besoins des client.e.s servi.e.s, les niveaux de soins comportent un volet supplémentaire qui correspond et laisse de l'espace au mouvement.

Culturellement sécuritaire

La notion de sécurité culturelle résulte d'une pratique et de politiques réfléchies et conscientes, où les prestataires et les organisations s'attaquent aux préjugés et aux obstacles qui contribuent aux iniquités. C'est le bénéficiaire des soins, et non le prestataire, qui détermine si la sécurité culturelle est présente ou non.

Données normatives

Les données normatives désignent un ensemble de valeurs de référence normalisées issues d'une population importante et représentative, utilisées pour établir des fourchettes ou des distributions typiques par rapport auxquelles on peut comparer les résultats individuels ou de groupe (O'Connor, 1990).

Données probantes

Les données probantes sont des renseignements utilisés pour éclairer les processus et les pratiques de prise de décisions. Dans la présente norme, les données probantes désignent l'information provenant de la littérature universitaire et grise, de l'expertise vécue, des expériences des prestataires de services, ainsi que du savoir traditionnel et des pratiques judicieuses. La pratique fondée sur les données probantes est souvent définie comme l'utilisation de la meilleure expertise et des meilleures recherches cliniques disponibles pour prendre des décisions, en s'appuyant sur des études de recherche individuelles ou synthétisées pour éclairer la prise de décisions. La pratique éclairée par les données probantes s'appuie sur la pratique fondée sur les données probantes, mais elle inclut également l'expertise vécue par les client.e.s ou les communautés pour éclairer la prise de décisions (Woodbury et Kuhnke, 2014). Dans ce document, nous utilisons la pratique fondée sur les données probantes lorsque les processus ou les pratiques sont éclairés par les meilleures recherches cliniques disponibles (p. ex. évaluations), et nous utilisons la pratique éclairée par les données probantes lorsque les processus ou les pratiques sont éclairés par la recherche, les données et la prise de décisions en collaboration entre les client.e.s, les prestataires de services et les aidant.e.s.

Enfants et jeunes

Les enfants et les jeunes comprennent les nourrissons, les enfants, les adolescent.e.s et les jeunes adultes, de la naissance à l'âge de 25 ans. Nous utilisons le terme « enfants » pour désigner les jeunes de 12 ans et moins, et « jeunes » pour désigner les jeunes de 13 à 25 ans. S'il y a lieu, nous précisons qu'il s'agit de nourrissons et de la petite enfance (de 0 à 6 ans; Promotion de la santé mentale de la petite enfance, 2024).

Équité

L'équité peut être définie à la fois comme un processus et un résultat. Pour promouvoir l'équité, il faut reconnaître, nommer et démanteler les systèmes oppressifs et les obstacles qui renforcent les inégalités historiques et actuelles. Ces systèmes et obstacles limitent l'accès à des possibilités comme recevoir des soins de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances ainsi que des soins liés aux dépendances. En tant que processus, l'équité peut être favorisée de nombreuses façons, notamment en élaborant conjointement avec les communautés les politiques et les pratiques qui ont une incidence sur

leur vie ou en adoptant une optique d'équité pour les programmes et les services. En tant que résultat, l'équité est l'absence de différences dans les résultats en fonction des caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou géographiques. Il est important de souligner que l'équité n'est pas la même chose que l'égalité (Université de la Colombie-Britannique, s.d.).

Interdisciplinaire

Une approche interdisciplinaire intègre et synthétise les connaissances, les perspectives et les méthodes de plusieurs disciplines afin de créer une compréhension ou une réponse coordonnée et cohérente qui dépasse les limites de tout domaine unique (Choi et Pak, 2006).

Mesure du rendement

La mesure du rendement consiste à recueillir régulièrement des renseignements afin de suivre l'évolution d'une politique, d'un programme ou d'une initiative à un moment donné. Elle permet de faire un suivi de la réalisation des résultats prévus et d'observer les tendances en matière de rendement au fil du temps (Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des jeunes, s. d.).

Mise en œuvre, mettre en œuvre

La « mise en œuvre » consiste à donner vie à un plan, à une chose ou à une idée (Institut du savoir, 2024b).

Mobilisation des savoirs

La mobilisation des savoirs vise à garantir que les données probantes sont accessibles, compréhensibles et pratiques pour les personnes qui en ont besoin. Elle aide les organismes en leur donnant accès aux meilleures données probantes disponibles pour orienter leur travail. De plus, elle consiste à engager activement les partenaires pour combler le fossé entre les nouvelles recherches et leur application dans la pratique (Institut du savoir, 2023a).

Multidisciplinaire

Une approche multidisciplinaire s'appuie sur les connaissances et les perspectives de plusieurs disciplines, chaque discipline contribuant à l'intérieur de son propre cadre et de ses propres limites sans nécessairement intégrer ou synthétiser les différents domaines (Choi et Pak, 2006).

Niveaux de soins

Les modèles de niveaux de soins sont aussi connus sous le nom de modèles de soins échelonnés et ont été inspirés par des modèles de continuum de soins, qui comprennent également un éventail de soins. Les client.e.s sont mis.e.s en correspondance avec un niveau optimal de soins et peuvent passer d'un niveau à l'autre au besoin. La mise en correspondance s'effectue en fonction des besoins et des objectifs individuels de ces personnes au moment présent et au fil de l'évolution de leurs besoins (Berger et coll., 2022; Body Brave, s.d.; Centre d'innovation en santé mentale sur les campus, 2019; Cornish et coll., 2017). Les modèles de niveaux de soins sont aussi connus sous le nom de modèles de soins échelonnés et ont été inspirés par des modèles de continuum de soins, qui comprennent également un éventail de soins.

Norme de qualité

Une norme de qualité est une ressource qui présente des énoncés clairs, pratiques et ambitieux. Elle décrit les pratiques, les processus et les mesures de soutien, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, qui sont nécessaires pour offrir des soins de la plus haute qualité. Les normes de qualité sont essentielles à un système qui repose sur l'imputabilité et l'amélioration continue. Les normes de qualité contribuent à réduire les inégalités systémiques et à améliorer la qualité des services ainsi que les résultats pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s.

Organismes communautaires de services relatifs à la santé mentale et aux soins de santé liés à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes

Le système ontarien de services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes fait appel à de nombreux prestataires et organismes de différents secteurs. Ces services sont financés par différents ministères – le ministère de la Santé, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, et autres – qui ont tous pour mission d'offrir des services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s.

Les organismes communautaires de services liés à la santé mentale et aux dépendances chez les enfants et les jeunes de l'Ontario sont financés par le secteur public et fonctionnent dans 33 zones de service dans cinq régions (SMEO, s. d.). Il y a 31 organismes principaux qui desservent les 33 secteurs de service de l'Ontario. En vertu de la Loi sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille de l'Ontario, les organismes responsables améliorent les soins dans leur zone de service grâce à des efforts de planification locale, menés de concert avec plus de 190 prestataires de services de base qui prodiguent également des soins dans toute la province. Les organismes responsables travaillent ensemble en tant que groupe, connu sous le nom de Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes, afin de planifier et d'exercer un leadership à l'échelle provinciale (Consortium des organismes responsables, 2019).

Partenaires communautaires et des secteurs

Il s'agit de personnes et d'organisations qui contribuent aux connaissances et à l'expertise en matière de soins de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances ainsi que de soins liés aux dépendances pour les enfants et les jeunes. Elles peuvent provenir (mais sans s'y limiter) de l'éducation à la petite enfance et des services de garde, de l'éducation, de la santé publique, des soins primaires, de la santé mentale, de la santé liée à l'usage de substances et des dépendances chez les enfants et les jeunes, de la protection de l'enfance, des services de bien-être de l'enfance, de la justice pour les jeunes, des parents et aidant.e.s et du gouvernement.

Partenaires multisectoriels

Les partenaires multisectoriels sont des organismes et des particuliers qui collaborent dans l'ensemble des secteurs. Cela peut comprendre les soins de santé, la santé publique, l'éducation à la petite enfance et les services de garde, l'éducation, la justice pour les jeunes, les soins primaires, la protection de l'enfance, les services de bien-être de l'enfance, d'autres services sociaux, les organisations communautaires et les organismes gouvernementaux en santé mentale, en santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes. Les partenariats ont pour objectif de relever les défis complexes liés à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances chez les jeunes grâce à des efforts bien coordonnés. Leurs stratégies peuvent faire appel à des programmes conjoints, à une mise en commun de ressources et à des services intégrés afin de créer une approche détaillée qui soutient le bien-être mental des enfants et des jeunes.

Plus sûr

Le terme plus sûr est utilisé dans certains contextes à la place de « sûr » pour exprimer l'idée que le sentiment de sécurité est propre à chaque personne et qu'aucun espace ne peut être sûr pour tout le monde. Ce terme reflète également le fait que la discrimination et le harcèlement se produisent même lorsque de grands efforts ont été déployés pour les prévenir, et que l'amélioration de la sécurité est un processus actif continu (Sexual Assault Centre of Edmonton, 2020).

Prestataires de services et dirigeant.e.s d'organismes

Les prestataires de services et les dirigeant.e.s d'organismes ont des rôles distincts, mais qui se recoupent. Dans ce document, les prestataires de services fournissent des soins et des traitements aux nourrissons, aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s dans les organismes communautaires de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de services liés aux dépendances chez les enfants et les jeunes. Parmi les prestataires de services, on compte les travailleur.euse.s auprès des enfants et des jeunes, les psychiatres, les psychologues, les psychothérapeutes, les médecins, le personnel infirmier, les professionnel.le. Ils.elles fournissent des soins et des traitements sous la direction de dirigeant.e.s d'organismes qui peuvent aussi être appelé.e.s directeurs.trices. Les dirigeant.e.s d'organismes assurent le leadership et veillent à ce que de bonnes pratiques de gouvernance soient mises en place. Ils.elles peuvent également gérer les efforts de planification locale, veiller à ce que l'organisme fournit des soins conformément aux directives du ministère de la Santé de l'Ontario et s'assurer que les soins et le traitement correspondent aux besoins de la communauté servie.

Santé mentale

La santé mentale est un état multidimensionnel de bien-être émotionnel, psychologique et social qui reflète la façon dont les personnes se sentent et fonctionnent dans leur vie quotidienne. Elle se situe sur un continuum allant du déclin à l'épanouissement, indépendamment de la présence ou de l'absence de maladie mentale (Keyes, 2002; Westerhof et Keyes, 2009).

Soins

Les « soins » englobent une vaste gamme de mesures de soutien visant à améliorer le bien-être des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. Cela consiste notamment à répondre aux besoins quotidiens des enfants et des jeunes tout en créant un environnement stable et bienveillant fondé sur des relations de confiance et de cohérence. De par leur nature, les soins sont relationnels et attentifs aux besoins, et mettent l'accent sur la connexion, la corégulation, la sensibilité culturelle et la participation active des aidant.e.s et des réseaux de soutien. On reconnaît que le bien-être est favorisé par les interactions, les relations et les expériences du quotidien. Les soins sont axés sur le milieu, c'est-à-dire l'environnement social, les personnes qui le composent et la qualité de leurs interactions, dans le but de soutenir le bien-être. Les soins peuvent être prodigués au moyen de la thérapie par le milieu (voir la définition de [thérapie par le milieu](#)).

Soins équitables

Les soins équitables concernent les résultats des soins qui ne sont pas influencés en fonction du sexe, de l'origine ethnique, de la situation socioéconomique, des capacités ou d'autres caractéristiques, tout en veillant à ce que les besoins de chaque personne soient satisfaits équitablement et efficacement (Banerjee, 2020; Cunningham et coll., 2022; Rooddehghan et coll., 2017).

Soins et traitements adaptés à la culture

Les soins ou les traitements adaptés à la culture désignent la prestation de services qui intègrent et respectent les besoins, les valeurs et les pratiques du groupe, et qui sont adaptés aux besoins uniques d'un groupe culturel particulier dès le départ. D'autres termes sont souvent utilisés pour décrire des approches semblables en matière de soins et de traitements, par exemple « valorisant la culture », « pertinents sur le plan culturel » et « respectueux de la culture ». Dans ce document, nous utilisons le terme « adapté à la culture » pour souligner le fait que les soins et les traitements conformes à la culture d'un.e client.e sont intentionnellement privilégiés dès le départ.

Soins fondés sur des mesures

Les soins fondés sur des mesures consistent en la collecte systématique et continue de données normalisées sur les symptômes, le fonctionnement et l'expérience d'une personne tout au long des soins. Ces données sont utilisées pour suivre les progrès et éclairer la prise de décisions cliniques (American Psychological Association, s.d.; Programme ontarien de psychothérapie structurée Centre-Nord, s.d.). Cette approche met l'accent sur la collecte systématique de données sur les résultats et les progrès aux points de soins, le partage des résultats avec les client.e.s et la modification concertée des plans de traitement au besoin (Barber et Resnick, 2022). Les soins fondés sur des mesures favorisent une prise en charge individualisée, améliorent la qualité du service et garantissent que les soins répondent aux besoins individuels (American Psychological Association, s.d.; Programme ontarien de psychothérapie structurée Centre-Nord, s.d.).

Soutien par les pairs

Le soutien par les pairs désigne les soins offerts par des personnes ayant une expertise vécue et pour celles-ci. Le soutien par les pairs s'inscrit dans un continuum qui va d'une relation réciproque et naturelle en contexte communautaire, à une relation volontaire et unidirectionnelle en milieu de service (Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des jeunes, 2016).

Thérapie par le milieu

La thérapie par le milieu est une approche qui vise à créer un environnement structuré, favorable, inclusif et sécuritaire pour promouvoir le bien-être. Il s'agit d'une des façons de fournir des soins. Bien que le traitement se concentre sur des interventions fondées sur des données probantes pour des problèmes et des symptômes de santé mentale et d'usage de substances précis, la thérapie par le milieu implique l'utilisation intentionnelle et constante des routines, d'activités et de relations quotidiennes pour acquérir et mettre en pratique des aptitudes d'adaptation et de vie (Huefner et Ainsworth, 2021).

Traitement

Le terme « traitement » désigne des interventions ou des modalités fondées sur des données probantes (thérapie cognitivo-comportementale [TCC] et thérapie comportementale dialectique [TCD]) qui ciblent des problèmes et des symptômes précis de santé mentale et santé liée à l'usage de substances, tels les troubles liés à l'usage de substances, la dépression ou l'anxiété. Le traitement est dispensé par des cliniciens réglementés par les ordres provinciaux – tels que les psychologues, les psychiatres, les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes agréés, qui possèdent la formation, l'expérience clinique et les compétences requises pour dispenser des traitements en toute sécurité, dans le respect de l'éthique et avec efficacité.

Traitement en établissement

Le traitement en établissement est un traitement intensif hors du domicile pour les enfants et les jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale qui nuisent à leur fonctionnement à la maison, à l'école ou dans la communauté, et qui nécessitent une intervention intensive. Le traitement, qui est offert 24 heures sur 24, est prodigué par une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire qui tire parti du milieu de vie quotidienne à des fins thérapeutiques. En Ontario, on observe depuis peu un changement d'usage, le terme « traitement en résidence » étant remplacé par celui de « traitement en établissement » afin de reconnaître les préjudices persistants causés aux peuples autochtones par le système des pensionnats (Burman et coll., 2024; Consortium des organismes responsables, 2019 et 2021; O'Leary et coll., 2024).

Troubles concomitants

On parle de troubles concomitants lorsqu'une personne présente à la fois un problème de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances. Un exemple serait celui d'une personne atteinte de schizophrénie qui souffre d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis (Institut du savoir, 2023b; 2024a).

Usage de substances

L'usage de substances est la consommation de toute substance ayant une incidence sur l'humeur, les émotions ou les pensées d'une personne. Ces substances peuvent être des drogues légales comme l'alcool et le cannabis ainsi que des drogues illégales comme la cocaïne ou l'héroïne (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022).

Usage de substances et dépendances

La santé liée à l'usage de substances est le continuum de la consommation de substances et de l'expérience de ces substances que vivent les gens. L'absence d'usage de substances se trouve à une extrémité du continuum et les troubles liés à l'usage de substances, à l'autre extrémité. La santé liée à l'usage de substances reconnaît que, dans le continuum, il y a des effets sur la santé, des risques et des avantages associés à l'usage de substances, et que la stigmatisation peut être ressentie à n'importe quel point du continuum (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023). Les dépendances s'entendent des dépendances comportementales ou procédurales, comme le jeu pathologique.

Annexe B : Critères d'inclusion pour la norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les programmes de traitement en établissement dans le secteur communautaire de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes en Ontario, qui sont destinés aux enfants et aux jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans. L'Institut du savoir reconnaît les besoins uniques des enfants et des jeunes à tous les stades de leur développement, de la petite enfance (moins de 6 ans) jusqu'au passage à l'âge adulte (de 18 à 25 ans). Aider les aidant.e.s à favoriser le développement social et affectif des enfants tôt dans la vie aide à établir une base pour le bien-être tout au long de la vie. De plus, l'accès continu aux services après l'âge de 18 ans est également important pour maintenir le bien-être jusqu'à l'âge adulte. La présente norme de qualité met l'accent sur la collaboration, au sein des secteurs et entre les secteurs, dont on a besoin pour soutenir les enfants et les jeunes tout au long de leur développement.

Le public principal de cette norme est les dirigeant.e.s de systèmes et d'organismes, et les prestataires de services. La norme est conçue pour être accessible, pertinente et utile pour tous les programmes de traitement en établissement à l'échelle de l'Ontario, ainsi que pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s qui peuvent recevoir un traitement ou participer à l'évaluation des programmes de traitement en établissement. Même si les services en matière de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances et aux dépendances peuvent également s'étendre à d'autres contextes (p. ex. l'éducation et les soins primaires), cette norme s'adresse principalement aux organismes communautaires de services liés à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes en Ontario. Cette norme n'est pas explicitement conçue pour être utilisée par les secteurs connexes (hôpitaux, éducation, justice pour les jeunes, protection de l'enfance et services aux jeunes parents et aux nourrissons), mais elle peut aider les organismes communautaires à favoriser des parcours et des partenariats pertinents.

Annexe B

La présente norme de qualité se veut applicable, pertinente et judicieuse pour tous les programmes de traitement en établissement administrés par les organismes responsables et les prestataires de services essentiels dans le secteur communautaire de la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes dans l'ensemble de la province. Nous y avons inclus la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances en plus de la santé mentale. Par conséquent, cette norme de qualité s'applique également aux programmes de traitement en établissement qui soutiennent les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé liés à l'usage de substances et aux dépendances. La présente approche répond à la demande de coordonner et d'intégrer pleinement les services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances dans l'ensemble du secteur (Bureau du vérificateur général de l'Ontario, 2025).

Annexe C : Processus de collecte des données pour la norme de qualité sur le traitement en établissement

Tableau 2. Nombre de points de données examinés pour éclairer l'élaboration de la norme de qualité relative au traitement en établissement



Portée

- **67** littérature universitaire et littérature grise
- **51** analyse contextuelle consultations sur l'établissement de la portée
- **85** total
 - **54** organismes communautaires
 - **24** partenaires sectoriels
 - **7** jeunes personnes
 - **2** aidant.e.s



Rédaction

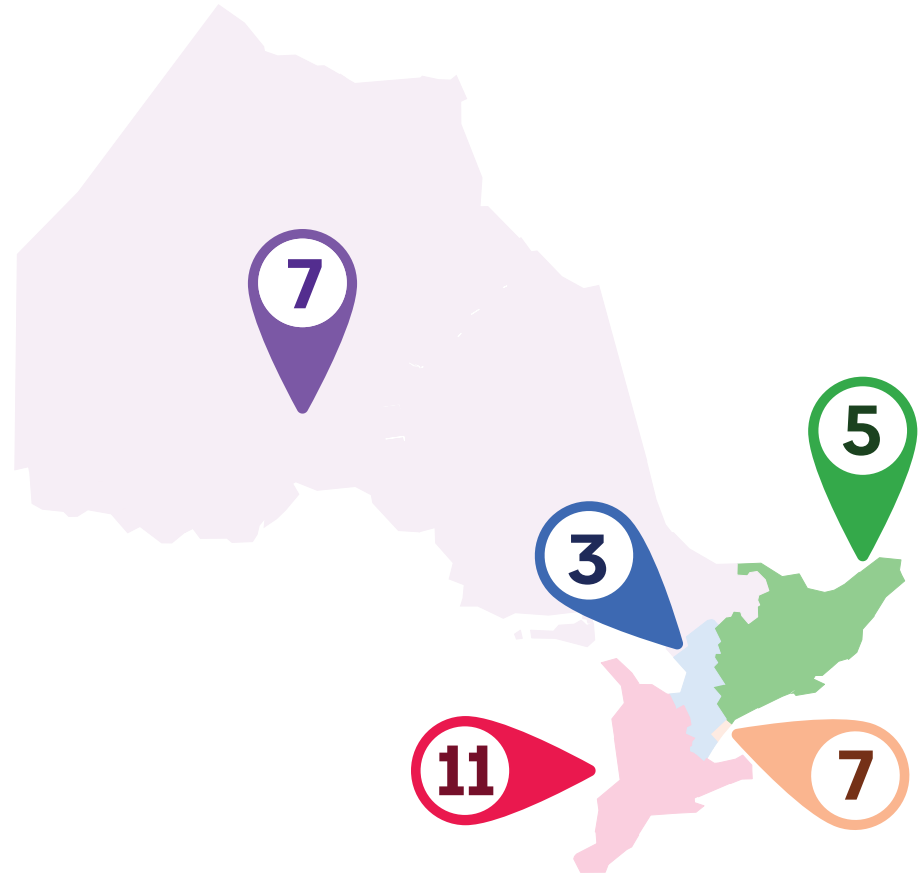
- **21** consultations sur la rédaction auprès des membres du CCNQ
- **18** consultations sur la rédaction
 - **7** consultations des groupes
 - **5** participants aux groupes de discussion sur la population prioritaire
 - **12** participants au Groupe de travail sur les indicateurs du CCNQ
 - **5** participants au Groupe de travail sur les ressources de mise en œuvre du CCNQ
 - **14** examens détaillés de l'ébauche par le CCNQ

Rétroaction du public

- **23** réponses au sondage de rétroaction du public
 - **21** réponses en anglais
 - **2** réponses en français

Tableau 3. Membres du CCNQ par région de l’Ontario

Région de l’Ontario	n
Nord	7
Ouest	5
Centre	3
Est	11
Toronto	7



Annexe D : Considérations relatives à l'équité

L'équité est essentielle à la grande qualité du traitement en établissement. Les inégalités historiques et actuelles ont façonné la manière dont les enfants et les jeunes vivent les soins en santé mentale et en santé liée à l'usage de substances et aux dépendances, y compris les soins en établissement. Ces inégalités sont ancrées dans des facteurs systémiques comme le colonialisme, le racisme, la discrimination et les obstacles liés à la langue, aux handicaps, au statut d'immigrant, aux barrières socioéconomiques, etc. Par conséquent, certains groupes ont subi des préjudices, ont été exclus ou leurs besoins n'ont pas été comblés au sein des institutions et établissements de soins. Une norme de qualité sur le traitement en établissement doit tenir compte de ces réalités et soutenir des traitements culturellement sécuritaires, inclusifs et adaptés à la diversité des identités, des expériences et des besoins des enfants, des jeunes et des aidant.e.s.

Dans l'élaboration de cette norme, les considérations relatives à l'équité ont été intégrées de manière systématique tout au long du processus. Il s'agissait notamment d'examiner les contextes historiques et actuels qui façonnent les expériences en matière de soins pour divers groupes d'enfants, de jeunes et de familles. Ces groupes comprennent les Autochtones, les personnes racisées, les francophones, les nouveaux arrivants, les personnes ayant des capacités différentes ou des besoins complexes, ainsi que les jeunes filles enceintes et les jeunes parents. Bien que chaque groupe ait des expériences et des besoins distincts, plusieurs thèmes systémiques communs sont apparus et se reflètent dans l'ensemble de la norme. Ces considérations mettent également en lumière le fait que les enfants, les jeunes et les familles peuvent comprendre et aborder la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances de différentes manières, selon les contextes culturels, spirituels, familiaux et communautaires. Par conséquent, les programmes de traitement en établissement devraient être adaptés et adaptables à la diversité des perspectives et des approches en matière de soins.

Enfants et jeunes des Premières Nations, des Inuits et des Métis

L'histoire du colonialisme au Canada a profondément marqué les enfants et les jeunes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, notamment en raison de leur placement dans des milieux institutionnels, comme en cas de traitement de la santé mentale en établissement. Les pensionnats, qui ont fonctionné du XVII^e siècle au XX^e siècle, ont arraché de force des enfants autochtones à leurs familles (Bombay et coll., 2013). Bien que ces établissements aient été présentés comme étant éducatifs et thérapeutiques, de nombreux enfants y ont subi diverses formes de mauvais traitements et d'assimilation culturelle forcée (Bombay et coll., 2013; Centre national pour la vérité et la réconciliation, s.d.; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Ces pratiques ont été reconnues comme un génocide culturel, engendrant des traumatismes intergénérationnels profonds qui continuent d'affecter de nombreux Autochtones aujourd'hui (Bombay et coll., 2013; Kielland et Simeone, 2013; CSMC, s.d.).

La rafle des années 1960 a aggravé ces préjudices en plaçant des milliers d'enfants autochtones dans des familles non autochtones sans consentement, renforçant ainsi la méfiance à l'égard des institutions canadiennes et des services de protection de l'enfance (Société d'aide à l'enfance catholique de Toronto, 2022; Duarte et Selmi, 2024). Ces tendances se sont poursuivies au cours des dernières décennies, souvent désignées sous le nom de « rafle du millénaire », parallèlement à la surreprésentation persistante des enfants inuits, métis et des Premières Nations dans les systèmes des services de protection de l'enfance (Fallon et coll., 2021; Statistique Canada, 2024). Ces expériences témoignent d'inégalités systémiques persistantes et de la séparation continue des enfants autochtones de leurs familles, de leurs communautés et de leurs cultures. Les considérations culturelles, notamment les savoirs autochtones relatifs aux pratiques d'éducation des enfants et aux usages cérémoniels, sont souvent insuffisamment prises en compte dans les politiques et les procédures (LIT QS Consultations, 2024-2026; Statistique Canada, 2024).

En raison de ces formes historiques et de nombreuses autres formes continues de colonialisme systémique, de nombreux jeunes Autochtones continuent aujourd'hui de subir de manière disproportionnée les conséquences d'inégalités systémiques qui nuisent à leur bien-être. Ces inégalités se manifestent par des taux plus élevés de problèmes de santé mentale, dont l'anxiété, la dépression et le suicide (Hodgson et coll., 2022; Owais et coll., 2022; Weerasinghe et coll., 2023). Malgré cela, de nombreux programmes de traitement demeurent inadaptés et non sécuritaires sur le plan de la culture, et ne répondent pas aux besoins de ces jeunes (MSESSC, 2020). Le traitement en établissement peut également être vécu comme un nouveau traumatisme lorsqu'il implique une séparation d'avec la famille et la communauté, ce qui souligne l'importance de maintenir les liens culturels et les relations avec les dirigeant.e.s communautaires (LIT QS Consultations, 2024-2026; Smye et coll., 2023). Ces expériences continuent d'influencer la façon dont les enfants, les jeunes et les familles autochtones perçoivent les institutions et les programmes de traitement en établissement et interagissent avec eux.

Enfants et jeunes noirs, africains et caribéens

Les expériences de racisme et de discrimination systémiques au sein des systèmes de santé, de services sociaux et de protection de l'enfance ont influencé l'accès aux soins pour les enfants et les jeunes noirs, africains et caribéens, ainsi que leurs expériences. Les iniquités historiques et continues, y compris la surveillance excessive et la surreprésentation de ces enfants et jeunes dans les services de protection de l'enfance, ont contribué à la méfiance à l'égard des institutions et aux disparités dans les résultats en matière de santé mentale (LIT QS Consultations, 2024-2026; MSESSC, 2020; Commission ontarienne des droits de la personne, s.d.). Les enfants et les jeunes noirs peuvent être confrontés à des préjugés lors de l'évaluation, du diagnostic et du traitement, ainsi qu'à un manque de services adaptés à leur culture (LIT QS Consultations, 2024-2026; Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Le profilage racial et les stéréotypes peuvent influencer la façon dont les enfants et les jeunes noirs font l'expérience des soins. Ces expériences s'inscrivent dans un contexte plus vaste de racisme anti-Noirs dans les milieux de soins. Ce racisme peut être à la fois manifeste (actes explicites et directs de discrimination ou de préjugés) et latent (formes subtiles, indirectes ou systémiques de discrimination ancrées dans les pratiques et les décisions quotidiennes (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020; Irlande, 2024; LIT QS Consultations, 2024-2026).

Ces expériences peuvent refléter un manque de soins culturellement sécuritaires, adaptés et inclusifs. Cela peut avoir une incidence sur la façon dont les soins sont accessibles, vécus et perçus, et peut contribuer à un désengagement à l'égard des services. De nombreux enfants et jeunes noirs accèdent aux services par l'intermédiaire des services d'urgence, mais peuvent ne pas s'y sentir les bienvenus en raison de la façon dont ils sont perçus, ce qui alimente la méfiance et la réticence à partager leurs préoccupations personnelles en matière de santé mentale ou de toxicomanie (LIT QS Consultations, 2024-2026; Pathways to Care, 2020).

Enfants et jeunes 2ELGBTQIA+

Les enfants et les jeunes 2ELGBTQIA+ ont historiquement subi et continuent de subir une stigmatisation systémique, de la discrimination et des préjudices fondés sur l'identité au sein des systèmes de santé, sociaux et institutionnels. Au Canada, le recours aux thérapies de conversion constitue un exemple clair de préjudice institutionnalisé lié à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. L'interdiction fédérale n'a été promulguée que récemment, en 2022, à la suite d'interdictions déjà en place dans certaines provinces et territoires, dont l'Ontario en 2015 (gouvernement du Canada, 2022). Ces pratiques ont contribué à l'instauration d'une méfiance tenace à l'égard des systèmes de soins et continuent d'influencer les expériences de sécurité et d'engagement dans les services aujourd'hui. Les préoccupations liées à la validation de l'identité, notamment le fait d'être mégenré et de ne pas voir ses pronoms respectés, ont également été cernées comme contribuant au sentiment d'être mis à l'écart et isolé dans les milieux de soins (Gouvernement du Canada, 2022; Kingsbury et Findlay, 2024; LIT QS Consultations, 2024-2026).

Au-delà de ce contexte historique, les jeunes 2ELGBTQIA+ continuent d'afficher des taux plus élevés de problèmes de santé mentale, d'itinérance et de pensées suicidaires par rapport à leurs pairs cisgenres hétérosexuels, ce qui témoigne des répercussions persistantes de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion sociale (Gouvernement du Canada, 2022; Kingsbury et Findlay, 2024). Ces inégalités sont façonnées par des conditions structurelles et sociales plus vastes, y compris l'accès inégal à des soutiens affirmatifs et la variabilité de la capacité des systèmes à reconnaître et à prendre en compte

la diversité des orientations sexuelles, des identités de genre et des expressions de genre, et d'y répondre. Des inquiétudes ont également été soulevées quant à la rigidité des pratiques de placement dans les milieux d'hébergement pour les jeunes transgenres, soulignant la nécessité d'adopter des approches souples et axées sur la personne, guidées par les besoins, les objectifs et les préférences des jeunes (LIT QS Consultations, 2024-2026).

La stigmatisation, la discrimination et les préjugés fondés sur l'identité peuvent avoir des répercussions importantes sur les expériences de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie chez les enfants et les jeunes 2ELGBTQIA+. Dans des milieux non inclusifs ou non affirmatifs, les enfants et les jeunes peuvent se sentir en danger, incompris ou incapables de s'engager pleinement dans leur traitement. Ces expériences peuvent contribuer à des résultats moins favorables à un désengagement par rapport aux services, en particulier lorsque les milieux de soins ne reflètent pas ou ne soutiennent pas la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre (Abramovich, 2016; Taylor et coll., 2020).

Enfants et jeunes ayant des besoins complexes

Les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes, notamment des troubles du développement, des troubles concomitants et des problèmes médicaux complexes tels que des maladies chroniques, peuvent se heurter à d'importants obstacles pour accéder à des services appropriés et coordonnés. Par le passé, les services de santé mentale et de développement ont souvent été cloisonnés, ce qui a entraîné des lacunes dans les soins et des difficultés à répondre à l'ensemble des besoins (Lunsky et coll., 2018; MESSC, 2020). Dans les milieux de traitement en établissement, cela peut mener à des soutiens ou à des environnements inadéquats qui ne sont pas adaptés adéquatement aux besoins individuels, y compris le manque de personnel formé aux besoins développementaux et comportementaux, un soutien individualisé limité et des environnements physiques inaccessibles. Ces défis structurels peuvent affecter la qualité et la continuité des soins, ainsi que la capacité des enfants et des jeunes à participer pleinement au traitement et à en bénéficier.

Enfants et jeunes francophones

Les barrières linguistiques peuvent nuire à l'accès aux services, à la qualité des soins et à la capacité des enfants et des jeunes de s'engager pleinement dans le traitement. Recevoir des soins dans une langue qui n'est pas sa préférée peut limiter la capacité d'un enfant ou d'un jeune à exprimer ses besoins, à participer à une thérapie et à nouer des relations thérapeutiques (Yun et coll., 2019). En Ontario, la disponibilité de prestataires de services et de programmes francophones conçus spécialement pour les communautés francophones demeure limitée dans certaines régions, ce qui peut restreindre davantage l'accès à des soins appropriés (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2023). Les communautés francophones de l'Ontario réclament depuis longtemps un accès équitable aux services en français, ce qui reflétant ainsi l'importance de la langue dans le façonnement des expériences et des résultats des soins (Bureau de l'ombudsman de l'Ontario, 2020).

Enfants et jeunes nouvellement arrivés

Pour les enfants et les jeunes nouvellement arrivés, les expériences de migration, de déplacement et de réinstallation peuvent avoir des répercussions sur leurs besoins en matière de santé mentale et d'utilisation de substances. Bon nombre d'entre eux peuvent se heurter à des obstacles linguistiques, à des différences culturelles dans la compréhension de la santé mentale et à des difficultés à s'orienter dans des systèmes qui leur sont inconnus (Dumke et coll., 2024; Sim et coll., 2023). Certains peuvent également avoir subi un traumatisme avant ou pendant leur migration (Kirmayer et coll., 2011; Saunders et coll., 2018; Sim et coll., 2023). Les enfants et les jeunes nouvellement arrivés ne sont parfois pas considérés comme une population prioritaire dans la planification des services, malgré le fait qu'ils représentent une part importante et croissante de la population canadienne. Ce manque de reconnaissance peut contribuer à des lacunes dans les services de soutien adaptés (LIT QS Consultations, 2024-2026; Sim et coll., 2023).

Un nombre croissant de jeunes arrivent au Canada sans soutien familial, ce qui accroît leur vulnérabilité et le besoin de services appropriés (Sim et coll., 2023; Thomson et coll., 2015). Les approches tenant compte des traumatismes sont essentielles pour les personnes qui arrivent de contextes de violence ou d'instabilité. Il est tout aussi important de faire la distinction entre les réactions normales au stress et les besoins cliniques en santé mentale, afin de ne pas pathologiser la détresse inutilement (Beiser et Hou, 2016; LIT QS Consultations, 2024-2026; Sim et coll., 2023).

Ces facteurs peuvent influencer sur la façon dont les enfants, les jeunes et les aidant.e.s nouvellement arrivés au pays accèdent aux soins, en font l'expérience et y participent, particulièrement dans le cadre de systèmes de services complexes ou peu familiers. D'autres obstacles incluent une connaissance limitée des services disponibles et de la façon de s'y accéder, ainsi qu'un financement direct limité pour le soutien propre aux nouveaux arrivants (LIT QS Consultations, 2024-2026; Sim et coll., 2023; Thomson et coll., 2015). Les barrières linguistiques et les différences culturelles peuvent également contribuer au sentiment d'exclusion en milieu scolaire, augmentant ainsi la vulnérabilité au décrochage scolaire et à l'implication dans des systèmes comme celui de la justice pour les jeunes lorsque les services de soutien appropriés ne sont pas accessibles (LIT QS Consultations, 2024-2026; Sim et coll., 2023; Thomson et coll., 2015). La création d'espaces sécuritaires où les enfants et les jeunes nouveaux arrivants peuvent tisser des liens avec des pairs partageant des expériences similaires peut favoriser leur sentiment d'appartenance et leur adaptation à un nouvel environnement.

Enfants, jeunes et aidant.e.s des communautés nordiques, rurales et éloignées

Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s qui vivent dans les régions nordiques, rurales et éloignées de l'Ontario font souvent face à des obstacles particuliers pour accéder aux services de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de traitement en établissement (Duncan et coll., 2020; Ge et coll., 2021). La portée et la disponibilité des services dans les régions rurales et du Nord de l'Ontario sont plus limitées que dans les centres urbains, et il y a moins de programmes spécialisés, de soutien et d'options de soins coordonnés pour répondre à divers besoins (Duncan et coll., 2020; Ge et coll., 2021; Mandal et Burella, 2021). Les familles peuvent devoir parcourir de longues distances pour accéder même aux services de base. Le manque de ressources locales, les difficultés de transport et l'isolement social peuvent rendre difficile l'accès à des soins opportuns et uniformes (Duncan et coll., 2020; Ge et coll., 2021; Mandal et Burella, 2021). En outre, le manque de ressources et de financements locaux peut également obliger les enfants et les jeunes à quitter leur communauté pour accéder aux soins. Dans certains cas, le transport aérien est la seule option. Cela signifie que l'accès au traitement en établissement est encore plus limité en raison d'obstacles comme le coût, la disponibilité limitée et l'absence de documents requis (LIT QS Consultations, 2024-2026). Les obstacles liés au transport,

notamment le manque de véhicules ou de transport en commun, peuvent également restreindre l'accès même lorsque les services sont à proximité (Institut canadien d'information sur la santé, 2024; Association canadienne pour la santé mentale, s.d.; LIT QS Consultations, 2024-2026). Ces obstacles structurels et géographiques peuvent réduire l'engagement dans le traitement, contribuer aux disparités dans les résultats en matière de santé mentale et limiter l'accès à des soins culturellement sécuritaires ou propres à une population pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s de ces communautés.

Jeunes filles enceintes ou jeunes parents

La grossesse et la parentalité à un jeune âge peuvent avoir une incidence importante sur le développement des parents et des enfants. Au cours de la dernière décennie, le nombre de jeunes personnes de moins de 25 ans ayant des problèmes de santé mentale pendant leur grossesse a presque doublé (Burman et coll., 2024). De plus, les jeunes filles enceintes et les jeunes parents qui ont des problèmes de santé mentale nécessitent un soutien spécialisé (SMEO, 2015 et 2016). Les jeunes filles enceintes et les jeunes parents doivent souvent s'orienter dans de multiples systèmes fragmentés (santé mentale, logement, protection de l'enfance, services à la petite enfance); les services ne sont pas systématiquement conçus pour répondre aux besoins interreliés à la fois des jeunes parents et de leurs enfants. Il en résulte des lacunes dans les soins, particulièrement dans les milieux de traitement en établissement, qui se sont historiquement concentrées sur les jeunes sans intégrer pleinement les considérations relatives au nourrisson et à la petite enfance (LIT QS Consultations, 2024-2026).

Un examen récent des programmes de traitement en établissement pour les jeunes filles enceintes et les jeunes parents en Ontario a permis de cerner plusieurs points à améliorer : 1) améliorer le maintien en poste du personnel et offrir une formation spécialisée sur les approches axées sur les points forts et tenant compte des traumatismes pour travailler auprès des jeunes filles enceintes et des jeunes parents; 2) adapter les critères d'admissibilité afin de mieux soutenir les jeunes avant que leurs besoins ne dégénèrent en crise et les mettre en contact avec d'autres services lorsque leur âge les oblige à quitter les programmes; 3) délaissier les programmes en établissement de type institutionnel au profit de modèles communautaires de soutien et de logements de transition axés sur les services globaux (« circulaire ») ou de modèles de type carrefour (Burman et coll., 2024).



 CYMHAOntario

 cymhaon

 @cymha_on

695, avenue Industrial, Ottawa (Ontario) K1G 0Z1

 – info@cymha.ca

 – smdej.ca