

Senate



Sénat

CANADA

# **DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE**

*Résumé et recommandations*

Rapport final du  
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J.L. Kirby, président  
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

Mai 2006

***This document is available in English***



Disponible sur l' internet Parlementaire:  
[www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)  
(Travaux des Comités — Sénat — Rapports)  
39<sup>e</sup> législature — 1<sup>re</sup> session

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

Résumé et recommandations du rapport final au sujet de  
La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie

# **DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE**

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

*Président*

L'honorable Michael J.L. Kirby

*Vice-président*

L'honorable Wilbert Joseph Keon

Mai 2006



## TABLE DES MATIÈRES

---

SÉNATEURS .....	iii
REMERCIEMENTS .....	iv
AVANT-PROPOS .....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 3: VISION ET PRINCIPES .....	5
CHAPITRE 4: QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUES.....	9
CHAPITRE 5: VERS UN RÉSEAU DE SERVICES TRANSFORMÉS .....	13
CHAPITRE 6: LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS .....	19
CHAPITRE 7: NOS AÎNÉS .....	25
CHAPITRE 8: MILIEU DE TRAVAIL ET EMPLOI .....	29
CHAPITRE 9: LA TOXICOMANIE.....	35
CHAPITRE 10: ENTRAIDE ET SOUTIEN PAR LES PAIRS.....	39
CHAPITRE 11: LA RECHERCHE, L'ÉTHIQUE ET LA VIE PRIVÉE .....	43
CHAPITRE 12: LA TÉLÉSANTÉ MENTALE AU CANADA.....	49
CHAPITRE 13: LE RÔLE DIRECT DU FÉDÉRAL.....	53
LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS.....	56
LES DÉLINQUANTS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE.....	57
LES FORCES ARMÉES CANADIENNES.....	59
LES ANCIENS COMBATTANTS.....	60
LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA .....	61
LES IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS .....	62
LES EMPLOYÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE FÉDÉRALE .....	63

<b>CHAPITRE 14: LES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA .....</b>	<b>65</b>
<b>CHAPITRE 15: PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DES TROUBLES .....</b>	<b>71</b>
<b>CHAPITRE 16: INITIATIVES NATIONALES POUR LA SANTÉ MENTALE ...</b>	<b>75</b>
<b>ÉPILOGUE — LE VISAGE HUMAIN D’UN SYSTÈME TRANSFORMÉ.....</b>	<b>85</b>
L’HISTOIRE DE JULIE .....	85
LA RÉALITÉ ACTUELLE.....	85
CE QUI DEVRAIT ÊTRE.....	89
<b>ANNEXE A TABLE DES MATIÈRES DU RAPPORT INTÉGRAL « DE L’OMBRE À LA LUMIÈRE » .....</b>	<b>I</b>

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude sur la santé mentale du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité  
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les Honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck  
Andrée Champagne  
Ethel M. Cochrane  
Joan Cook  
Jane Mary Cordy  
Art Eggleton  
Joyce Fairbairn, P.C.  
J. Michael Forrestall  
Aurélien Gill  
Marjory LeBreton  
Viola Léger (retired)  
Yves Morin (retired)  
Lucie Pépin  
Brenda Robertson (retired)  
Marilyn Trenholme Counsell

*Membres d'office du Comité :*

Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. ou (William Rompkey) et Noël A. Kinsella ou (Terrance Stratton)

*Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude :*

Les honorables sénateurs Di Nino, Dyck, Johnson, Kinsella, Lynch-Staunton, Mercer, Milne, Murray, Pearson, St.Germain, Stratton and Tardif.

## REMERCIEMENTS

---

Le Comité tient à remercier publiquement tous ceux qui lui ont prêté une aide précieuse au cours des deux dernières années et dont les énormes efforts lui ont permis de publier ses rapports sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Il tient en particulier à exprimer sa profonde reconnaissance aux personnes suivantes :

MM. Howard Chodos et Tim Riordan Raaflaub des Services d'information et de recherche parlementaires qui, en leur qualité d'attachés de recherche affectés à plein temps au Comité, ont joué un rôle clé dans la rédaction de toutes les ébauches de rapports que le Comité a produites au cours de son étude. Mme Odette Madore, qui a collaboré à la rédaction de nos trois premiers rapports, et Mme Nancy Miller Chenier, qui a participé à la production de ce dernier volume. Le Comité est aussi reconnaissant aux nombreux autres attachés de recherche des Services d'information et de recherche parlementaires qui ont contribué à la rédaction de nombreux chapitres du présent rapport. Sans leur extraordinaire appui et leur dévouement, ces documents n'auraient pu être produits avec autant de brio et dans des délais aussi courts.

Mme Josée Thérien, la greffière du Comité, et son adjointe, Mme Louise Pronovost, qui ont organisé toutes les réunions du Comité portant sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, et se sont notamment occupées de préparer l'audition des témoins, de superviser la traduction et l'impression des rapports, de répondre à des milliers de demandes de renseignements sur les travaux du Comité et de distribuer des exemplaires des rapports.

Le Dr Duncan Sinclair, ancien président de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, qui nous a généreusement fait profiter de son expérience, ne ménageant ni son temps ni ses conseils, et dont le support a été fortement apprécié par le Comité tout au long de cette étude.

Le personnel de chacun des membres du Comité, dont la charge de travail s'est trouvée substantiellement accrue ces deux dernières années.

M. Steve Lurie, pour son aide inestimable sur de nombreux aspects techniques et sur les estimations de coûts utilisées dans le rapport.

Dr. David Goldbloom pour ses précieux et sages conseils.

Sheryl Pedersen, auteure de *L'histoire de Julie* qui est présentée dans l'épilogue du présent rapport.

À tous et à toutes, nous tenons à exprimer nos sincères remerciements pour l'excellent travail accompli.

Depuis de nombreux mois, le Comité travaille de longues heures, épaulé par un grand nombre d'agents de la procédure, d'attachés de recherche, d'agents d'administration, de rédacteurs, de journalistes, d'interprètes, de traducteurs, de messagers, ainsi que d'employés des publications, de la télédiffusion, de l'imprimerie, des services techniques et des services logistiques, qui ont assuré le bon déroulement des travaux et la production des rapports du



Comité. Nous tenons à les remercier pour l'efficacité et le grand dévouement dont ils ont fait preuve.

## AVANT-PROPOS

---

Dans son étude sur les services psychiatriques au Canada intitulée *Au service de l'esprit*, l'Association canadienne pour la santé mentale faisait le constat suivant :

Aucune autre affection, sauf peut-être la lèpre, n'a causé au patient autant de confusion, d'erreurs d'aiguillage et d'opprobre que la maladie mentale [...] Quelle que soit l'époque, les personnes atteintes ont été exclues, bannies de la société. Encore de nos jours, la maladie mentale est trop souvent considérée comme un crime à sanctionner, un pêché à expier, un démon à exorciser, une honte à dissimuler, une tare à déplorer ou un problème d'assistance sociale à régler au moindre coût<sup>1</sup>. [traduction]

Ces propos datent de près d'un demi-siècle. Et pourtant, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a recueilli plus de deux mille témoignages, livrés par des personnes atteintes de maladie mentale et des membres de leurs familles, qui confirment que la situation n'a pas changé.

Pour les membres du Comité, il était douloureux d'entendre ces témoignages. Chacun de nous a été profondément troublé en écoutant et en lisant ces récits et, au fil des mois, nous avons ressenti la déchirure jusqu'au fond de notre âme.

Les membres du Comité ont été touchés en raison de leurs propres expériences. Notre groupe, comme tout groupe d'une douzaine de personnes, a vécu l'impact de la maladie mentale sur la famille : une belle-sœur aux prises avec la schizophrénie, un neveu qui s'est enlevé la vie, une fille qui a lutté contre l'anorexie pendant des années, une sœur qui a dû être hospitalisée à maintes reprises pour dépression grave; rares sont les familles qui ne sont pas affectées par la maladie mentale.

C'est en raison de ce vécu personnel que le rapport est devenu pour nous beaucoup plus qu'une simple étude de politiques : elle a pris l'allure d'un véritable apostolat.

Nous savons à quel point il est difficile d'améliorer la situation des personnes atteintes de maladie mentale. Nous savons qu'il sera encore plus difficile de modifier des attitudes profondément enracinées et d'atténuer l'opprobre et la discrimination. Le défi à relever est formidable : conduire chacune de ces personnes sur la voie du rétablissement.

Et, pourtant, nous sommes convaincus qu'il est désormais possible d'effectuer de réels changements. Nous avons parcouru le Canada et rencontré des politiciens, des hauts fonctionnaires, des fournisseurs de services de santé mentale et une multitude de simples citoyens qui veulent s'investir afin de démarginaliser les personnes aux prises avec la maladie mentale.

---

<sup>1</sup> Association canadienne pour la santé mentale, (1963), *Au service de l'esprit : une étude des services psychiatriques au Canada*, Toronto, p. 1.

Nous invitons les lecteurs à travailler à nos côtés à la transformation des services offerts en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie au Canada, de sorte que les personnes atteintes de maladie mentale puissent enfin passer *De l'ombre à la lumière*.



*J'espère que les Canadiens nous accueilleront au sein de la société en nous traitant comme des partenaires à part entière. Nous ne voulons pas être craints ou pris en pitié. N'oubliez pas que nous pourrions être vos mères et vos pères, vos sœurs et vos frères, vos amis, vos collègues de travail et vos enfants. Tendez-nous la main et voyagez avec nous sur la voie du rétablissement.*

Roy Muise — 9 mai 2005 - Halifax<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> 9 May 2005, [http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/15eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/15eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47)



## INTRODUCTION

---

Le présent document constitue un résumé de tous les chapitres (à l'exception des deux premiers) du rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière – Transformer les services en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie au Canada*<sup>3</sup>. Les chapitres omis racontent l'expérience de personnes qui vivent avec la maladie mentale et de leur famille. Le lecteur est fortement encouragé à les lire pour « mettre un visage sur la maladie mentale et la toxicomanie ».

Le Comité a formulé 118 recommandations qui, avec les faits saillants de chaque chapitre, constituent l'essentiel du présent résumé.

Le chapitre 3 du rapport décrit la vision et les grands principes qui ont guidé le Comité dans la formulation de ses recommandations en vue de transformer l'organisation et la prestation des services et des mesures de soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie. Il ne contient pas de recommandations, mais il a été jugé bon de le résumer ici, car il permet de mieux comprendre la réflexion du Comité.

Deux autres chapitres – le chapitre 5 (Vers un réseau de services transformé) et le chapitre 16 (Initiatives nationales pour la santé mentale) – ont aussi un rôle plus grand que les autres. Ensemble, ces trois chapitres constituent le cadre de base des recommandations du Comité. Les chapitres 5 et 16 contiennent aussi d'importantes recommandations qui touchent l'ensemble du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Chaque chapitre aborde un sujet particulier, qu'il s'agisse d'un groupe démographique donné (comme les enfants au chapitre 6 ou les Autochtones au chapitre 14) ou de questions précises (comme la promotion de la santé mentale au chapitre 15 ou les groupes d'entraide au chapitre 10).

Le rapport a été écrit à l'intention d'un vaste auditoire. Tous ceux qui sont concernés, directement et indirectement, par la maladie mentale et la toxicomanie devraient le lire. Le Comité encourage ceux qui n'ont pas le temps de lire la totalité du rapport d'en lire le résumé, mais aussi les chapitres qui portent sur des sujets qui les intéressent.

Le rapport intégral débute avec un extrait du témoignage de Helen Forristall, une jeune femme que le Comité a eu l'occasion de rencontrer à St. John's, Terre-Neuve.

*Je n'aime pas admettre que je suis malade. J'ai honte et je suis humiliée, et je dois travailler sur cet aspect-là. Je suis une consommatrice à cause de la maladie mentale, et je suis très offensée par la perception négative.*

---

<sup>3</sup> Le rapport intégral du Comité est disponible en ligne sur le site Web du Comité: [www.senate-senat.ca/SOCIAL.asp](http://www.senate-senat.ca/SOCIAL.asp) On peut aussi se le procurer sur demande écrite au greffier du Comité par courriel : [soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca](mailto:soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca) ou par la poste: Édifice Chambers 40 rue Elgin, pièce 1038, Ottawa, Ontario K1A 0A4.

[...]

*Mon médecin m'a dit que j'avais un cerveau malade, comme quelqu'un d'autre peut avoir un cœur malade. Ça, c'est bien au bureau du médecin, mais ça ne marche pas dans la société. Les gens me disent de m'en sortir, et de penser à des choses positives. Ils recommandent des livres, et puis me font sentir coupable. Ils disent des choses comme : « Tu es trop jeune pour faire une dépression. » Ou encore : « Tu n'as aucune raison d'être déprimée... » Je le répète, je n'ai pas choisi cette maladie. Si j'avais le cancer du sein, personne ne me dirait des choses pareilles.*

*Quand j'ai dit à mon employeur que je souffrais d'une dépression, il a dit que je devais le prouver. J'ai dit que j'avais bien l'intention de le prouver. J'avais une lettre de mon psychiatre indiquant que je faisais une dépression. J'ai demandé s'il voulait voir dans mon sac, voir toutes les pilules que je dois prendre et dont j'ai à subir les effets.*

*Je dois aussi souffrir l'humiliation d'être regardée de haut et ça m'ennuie beaucoup; il est donc difficile pour moi d'être ici [à une audience publique]. Je me cache derrière mes cheveux quand une photo est prise parce que chaque jour, j'ai encore honte.*

*Je voulais dire que l'an dernier j'ai quitté mon travail en pleurs. [...] J'ai travaillé au gouvernement fédéral. J'ai quitté mon emploi le 9 juillet. Je n'y suis pas retournée. Je suis en congé sans traitement pour une durée indéterminée. Chaque mois, je dois remplir un questionnaire pour prouver que je suis toujours malade mentale.*

*J'ai dû implorer mon médecin traitant de me donner un rendez-vous avec un psychiatre. Je l'ai imploré, je l'ai supplié et voici ce qu'il m'a répondu : « Oui, eh bien, il traite 600 malades. Il se fait vieux et tu n'en as pas vraiment besoin. Contente-toi de prendre tes médicaments. »*

[...]

*Je suis inscrite à un programme à Merchant House; j'ai dû attendre six mois pour avoir une entrevue et être admise. Je suis heureuse de dire que je participe au programme, mais ma conseillère a recommandé que je fasse une thérapie de groupe; pour cela, je suis inscrite sur deux listes d'attente. Je suis la seizième sur une des listes et elle n'a pas voulu me dire quel était mon rang sur l'autre parce qu'elle est trop longue. Elle m'a dit que le programme était censé durer six mois, mais c'est en fait deux ans à cause de la longueur des listes d'attente.*



*[...] J'ai perdu des amis et des membres de ma famille parce qu'ils ont peur. Cette peur vient de leur ignorance et chaque jour, je dois faire face à la réalité des pensées suicidaires, des médicaments, de ma thérapie et des consultations psychiatriques. Ce n'est pas facile.*

*[...] je préférerais de loin avoir le cancer du sein plutôt qu'une maladie mentale. Je préférerais cela parce que je n'aurais pas à subir les préjugés<sup>4</sup>.*

---

<sup>4</sup> 14 juin 2005, [http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/22eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/22eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47).



## **CHAPITRE 3: VISION ET PRINCIPES**

---

Dans les rapports documentaires qu'il a publiés en novembre 2004, le Comité prônait l'instauration d'un système véritablement centré sur les personnes concernées par la maladie mentale et axé sur leur capacité de rétablissement. Le chapitre 3 décrit ce que le Comité entend par rétablissement et jette les bases du reste du rapport.

Il importe cependant de préciser d'entrée de jeu que le Comité n'a pas pu consacrer autant de temps qu'il l'aurait souhaité à la question de la toxicomanie. Le rapport porte donc essentiellement sur la santé mentale.

Le Comité précise par ailleurs que de plus en plus de gens considèrent qu'il faut traiter la maladie mentale avec le même sérieux que la maladie physique. Pour le Comité, cela veut dire que les deux types de maladie doivent être traités avec le même sérieux par les fournisseurs de soins comme par tous les Canadiens, et en particulier par les gouvernements.

Les gens ayant une maladie mentale méritent le même respect et la même considération que ceux qui souffrent d'une maladie physique. Le Comité a cherché à en faire l'un des principes directeurs qui sous-tendent l'ensemble du rapport. En particulier, le Comité est d'avis qu'il est essentiel de souligner l'importance de ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé dans la compréhension de la maladie mentale et dans la promotion du rétablissement des malades.

Le rapport se concentre sur les moyens de faciliter le rétablissement des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Qui dit rétablissement ne dit pas nécessairement guérison. Pour beaucoup de gens, se rétablir, cela veut dire mener une vie satisfaisante, prometteuse et productive en dépit des limitations qu'impose la maladie mentale; pour d'autres, cela veut dire une nette réduction des symptômes de leur maladie, voire une rémission complète.

Selon le Comité, la réforme du système de santé mentale doit être axée sur le rétablissement des malades. Même les gens les plus gravement malades, qui ont passé des dizaines d'années dans un établissement, peuvent se rétablir. Bien sûr, ce ne sont pas tous les malades qui peuvent se rétablir, mais le Comité estime néanmoins important de faire du rétablissement des malades l'objectif premier du nouveau système de prestation des services de santé mentale.

Les groupes de défense des intérêts des personnes atteintes de maladie mentale sont pour beaucoup dans la promotion de cette démarche, à laquelle souscrivent de plus en plus de gens dans le secteur de la santé mentale et au gouvernement. Le Comité a conclu que toute politique fondée sur le rétablissement des malades doit reposer sur les axiomes suivants :

- la voie du rétablissement de chaque personne est unique;
- le rétablissement est un processus, pas une fin en soi;

- le rétablissement est un processus actif au cours duquel la personne assume la responsabilité du résultat, le succès dépendant principalement de la collaboration entre les amis secourables, la famille, la collectivité et les soutiens professionnels.

L'instauration d'un système axé sur le rétablissement est un processus complexe qui repose sur trois piliers :

- **le choix** : avoir accès à un large éventail de services et de soutiens financés par l'État qui offrent aux gens atteints d'une maladie mentale la possibilité de choisir ceux qui leur seront les plus bénéfiques;
- **la collectivité** : rendre ces services et ces soutiens disponibles dans les collectivités où les gens vivent et les orienter vers l'appui aux gens vivant dans la collectivité;
- **l'intégration** : intégrer tous les types de services et de soutiens entre les nombreux paliers de gouvernement et entre la séparation publique/privée et la dichotomie professionnelle/non professionnelle.

Dans l'ensemble, l'éventail des choix offerts aux consommateurs de services de santé mentale est extrêmement limité. Considéré dans la perspective de favoriser le rétablissement, le choix est à la fois un moyen d'atteindre une fin – un service plus réceptif – et également une fin en soi. La disponibilité et l'exercice du choix sont en soi un élément qui peut contribuer au processus de rétablissement.

Le Comité est d'avis que ce sont les personnes atteintes d'une maladie mentale elles-mêmes qui devraient être, dans toute la mesure du possible, les arbitres ultimes des services offerts dans le système global de santé mentale et de la manière dont ils sont dispensés.

En outre, aucun modèle unique de traitement ne devrait être autorisé à dominer l'horizon des politiques, que ce soit en théorie ou en pratique. Bon nombre de gens trouveront des traitements ou des soins fructueux découlant d'un modèle purement « médical », tandis que d'autres se tourneront vers leur collectivité particulière ou leurs traditions culturelles pour trouver des moyens d'atteindre la meilleure santé mentale possible.

Un préjugé institutionnalisé est ancré dans le mode de fonctionnement public des services de soins de santé au Canada : en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, seuls les services qui sont fournis par des médecins ou dans des hôpitaux *doivent* être financés par des deniers publics. Alors que d'autres services peuvent être financés par des provinces individuelles ou même au niveau communautaire, l'accès à ces services varie considérablement. Les ententes actuelles de financement signifient donc que seules les personnes qui ont les moyens de payer des services de leur poche ou qui bénéficient d'un régime d'assurance privé qui les couvre peuvent se procurer les services dont elles ont besoin.

L'État ne doit financer que les services et mesures de soutien dont l'efficacité est avérée. Par ailleurs, les consommateurs de soutiens et de services de santé mentale doivent pouvoir participer activement au processus collectif de prise des décisions. Il faut que leur voix collective soit entendue à la table de formulation des politiques, tout comme ils devraient

être autorisés à faire des choix individuels à propos des services et des soutiens qui leur conviennent.

Le second pilier d'un système axé sur le rétablissement est l'offre de services et de mesures de soutien dans la collectivité même. Il est maintenant manifeste que le mouvement de désinstitutionnalisation amorcé il y a des années est salutaire même si les ressources demeurent parfois insuffisantes. Puisque les problèmes de santé mentale et de toxicomanie touchent tant de facettes de la vie communautaire, les besoins concernent bien plus que les seuls soins de santé.

Il existe des preuves probantes montrant que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave peuvent non seulement vivre dans la collectivité mais également mener une vie enrichissante et productive si les soutiens appropriés sont en place. Une orientation vers la collectivité aura une signification différente pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale légers à modérés. Pour la plupart d'entre elles, le contact avec le système de santé mentale se fera par le biais d'un dispensateur de soins primaires (en groupe ou individuellement), qui pourra ou non les mettre par la suite en relation avec un service quelconque de santé mentale spécialisé.

Des données épidémiologiques révèlent que, chaque année, près de 3 % des citoyens connaîtront une grave maladie mentale et 17 % seront atteints d'une maladie légère à modérée. Il faut donc que tout l'éventail des services soit disponible pour répondre aux besoins de ces deux grandes catégories de gens.

D'un côté, dans le secteur de la santé, les services de santé mentale doivent être intégrés avec les services de soins de santé physique. De l'autre, la diversité des traitements et des services de santé mentale financés par les ministères de la Santé doit également être intégrée à l'éventail plus large des services, requis par les gens atteints d'une maladie mentale, qui incombent aux divers ministères et organismes gouvernementaux responsables du soutien du revenu, du logement, de l'emploi, etc.

Enfin, l'intégration exige également que les services et les soutiens soient mis à la disposition des gens durant toute leur vie et que, à mesure que les besoins des gens changent par suite du vieillissement ou des circonstances, ils seront encore en mesure d'avoir accès à des services et des soutiens appropriés d'une façon « continue ».

Le Comité estime important de permettre aux régions et aux collectivités de privilégier les formes d'intégration qui leur conviennent. L'intégration n'est pas une fin en soi mais un moyen d'améliorer l'éventail, l'abordabilité, la qualité et l'accessibilité des services.



## CHAPITRE 4: QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUES

---

La question du droit à la protection de la vie privée des personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie, et l'impact de ce droit sur les aidants membres de la famille, a été soulevée à maintes reprises par les témoins aux audiences publiques depuis que le Comité a entrepris ses travaux il y a plus de deux ans. Au cours des consultations publiques poussées qui ont suivi, de nombreux commentaires et débats ont porté sur ce sujet.

Tout d'abord, en ce qui concerne le droit à la vie privée des enfants et des jeunes, les parents veulent être pleinement renseignés sur la santé de leurs enfants et ils ont besoin d'être informés. L'accès des aidants membres de la famille aux renseignements personnels sur la santé revêt de toute évidence une importance accrue lorsqu'il s'agit d'un enfant. Néanmoins, le Comité reconnaît que, avant d'atteindre l'âge de la majorité, certaines personnes peuvent être tout à fait capables de décider qui devrait avoir accès aux renseignements personnels sur leur santé et dans quelle mesure ces personnes devraient y avoir accès.

Étant donné le manque d'uniformité dans les aires de compétences au Canada relativement aux dispositions législatives sur la vie privée et compte tenu de la capacité variable des enfants et des jeunes à consentir à leur propre traitement, le Comité recommande :

- |   |   |
|---|---|
| 1 | <b>Que les gouvernements des provinces et des territoires fixent un âge uniforme auquel les jeunes sont considérés comme étant capables de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels sur leur santé.</b> |
|---|---|

Certains témoins ont laissé entendre que les professionnels de la santé n'en font pas assez pour assurer que les lois existantes régissant l'accès aux renseignements personnels sur la santé sont appliquées uniformément et dans leur pleine mesure. Le Comité est d'avis que les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour améliorer l'échange d'information entre les personnes souffrant de maladie mentale et les membres de leur famille. Par conséquent, il recommande :

- |   |  |
|---|--|
| 2 | <b>Que les professionnels de la santé jouent un rôle actif dans la promotion des communications entre les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille. Ceci consiste, entre autres, à demander aux personnes souffrant de maladie mentale si elles désirent partager les renseignements personnels sur leur santé avec leur famille, à leur remettre des exemplaires des formulaires de consentement requis et à les aider à les remplir.</b> |
|---|--|

- 
- |   |   |
|---|---|
| 3 | <p><b>Que les professionnels de la santé aient le pouvoir discrétionnaire de communiquer des renseignements personnels sur la santé, sans le consentement de l'intéressé, en cas de danger clair, sérieux et imminent afin de prévenir les tiers et de protéger le patient.</b></p> <p><b>Que ce pouvoir discrétionnaire soit régi par une norme juridique clairement définie dans la loi et sujet à examen par les commissaires à la protection de la vie privée et les tribunaux.</b></p> |
|---|---|

La formulation de directives préalables et la nomination de subrogés s'inscrivent dans un processus relativement simple. Si ces mesures étaient largement utilisées, elles permettraient de donner accès aux renseignements personnels sur la santé à la famille tout en préservant l'autonomie et la dignité des personnes atteintes de maladie mentale. Pour cette raison, le Comité recommande :

- 
- |   |   |
|---|---|
| 4 | <p><b>Que les gouvernements des provinces et des territoires donnent le pouvoir aux personnes capables mentalement, par le truchement de la loi, de désigner un subrogé et de donner des directives préalables concernant l'accès aux renseignements personnels sur leur santé;</b></p> <p><b>Que les dispositions de la <i>Representation Agreement Act</i> [RSBC 1996] chapitre 405, de la Colombie-Britannique, qui interdisent aux personnes atteintes de maladie mentale de donner des directives préalables concernant les décisions sur les soins de santé mentale, de même que les autres lois discriminatoires similaires, soient abrogées;</b></p> <p><b>Que les gouvernements des provinces et des territoires offrent gratuitement des formulaires et des trousseaux d'information expliquant la marche à suivre pour désigner un subrogé et donner des directives préalables;</b></p> <p><b>Que les gouvernements des provinces et des territoires offrent gratuitement des services juridiques communautaires pour aider les personnes à désigner un subrogé et à donner des directives préalables;</b></p> <p><b>Que les gouvernements des provinces et des territoires réalisent des campagnes d'information publique pour informer les personnes atteintes de maladie mentale, et leur famille, concernant le droit de désigner un subrogé et de donner des directives préalables.</b></p> |
|---|---|



Le Comité est conscient qu'il n'y aura pas de planification préliminaire dans tous les cas. Il est donc important qu'il existe un mécanisme légal pour combler les lacunes. En conséquence, le Comité recommande :

5	<p><b>Que, lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de maladie mentale et est de ce fait considérée comme mentalement incapable, lorsqu'il n'y a pas d'antécédent de maladie mentale ni incapacité mentale, et lorsqu'aucun subrogé n'a été désigné et qu'aucune directive préalable n'a été donnée, la loi établisse une présomption en faveur de la communication des renseignements personnels sur la santé aux aidants membres de la famille du malade;</b></p> <p><b>Que les gouvernements des provinces et des territoires adoptent des lois uniformes établissant cette présomption;</b></p> <p><b>Que la loi précise un « ordre de préséance » pour les parents (c'est-à-dire, si la personne est mariée ou vit en union de fait, les renseignements sont communiqués à son conjoint ou à son conjoint de fait et, en l'absence d'un conjoint ou d'un conjoint de fait, à ses enfants, etc.);</b></p> <p><b>Que la loi précise les renseignements à communiquer, y compris : le diagnostic, le pronostic, le plan d'intervention (y compris les options de traitement, le traitement prescrit et la gestion des effets secondaires), le niveau d'observation du régime de traitement et les questions de sécurité (par ex. risque de suicide);</b></p> <p><b>Que la loi interdise expressément la communication des documents de counselling;</b></p> <p><b>Que la loi oblige la personne qui communique les renseignements personnels sur la santé à informer la personne mentalement incapable, par écrit, de l'information qui a été communiquée et des personnes auxquelles cette information a été transmise.</b></p>
---	--

La partie XX.1 du *Code criminel* établit un régime exhaustif indépendant pour les personnes accusées qui sont jugées inaptes à subir leur procès ou qui bénéficient d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux. Dans tous les cas, la loi exige que la commission d'examen impose la décision la moins restrictive (ordonnance portant la détention, la surveillance ou la libération d'un accusé atteint de troubles mentaux).

Cependant, le Comité a été sensibilisé au fait que l'information requise par les membres de la commission pour rendre une décision éclairée n'est pas toujours disponible. Les tribunaux ont le pouvoir d'ordonner une évaluation à n'importe quelle étape des procédures à l'endroit de l'accusé. Le Comité est convaincu de la nécessité d'accroître les pouvoirs des commissions d'examen et recommande par conséquent :

- 
- |   |  |
|---|--|
| 6 | <b>Que le <i>Code criminel</i> soit modifié de manière à conférer aux commissions d'examen les pouvoirs dont disposent déjà les tribunaux pour ce qui est d'ordonner une évaluation.</b> |
|---|--|

La question du traitement involontaire est très controversée. Cela dit, les pouvoirs conférés aux tribunaux par le *Code criminel* permettent le traitement involontaire dans des circonstances très limitées. En conséquence, nous recommandons :

- 
- |   |  |
|---|--|
| 7 | <b>Que le <i>Code criminel</i> soit modifié de manière à conférer aux commissions d'examen le pouvoir d'ordonner le traitement que possèdent déjà les tribunaux.</b> |
|---|--|

Le Comité est préoccupé par le fait que le *Code criminel* n'offre pas de moyen de traiter les personnes reconnues coupables qui, en raison de troubles mentaux, deviennent inaptes à recevoir une sentence après qu'un verdict a été rendu. Par conséquent, nous recommandons :

- 
- |   |  |
|---|--|
| 8 | <b>Que le gouvernement du Canada, en consultant les ministres provinciaux et territoriaux de la Justice, élabore des projets de modifications au Code criminel afin de résoudre le problème des personnes reconnues coupables qui deviennent inaptes à recevoir une sentence après qu'un verdict a été rendu;</b><br><b>que ces modifications soient soumises au Parlement dans l'année qui suivra le dépôt du présent rapport au Sénat.</b> |
|---|--|

## **CHAPITRE 5:**

### **VERS UN RÉSEAU DE SERVICES TRANSFORMÉS**

---

Au cours de ses audiences, le Comité a appris avec plaisir que sa vision d'un ensemble de soins intégrés, principalement communautaires et axés sur le rétablissement reflète un fort consensus national sur les grandes lignes d'un système de santé mentale transformé. Ce consensus repose sur des données probantes et uniformes recueillies au Canada et à l'étranger selon lesquelles les personnes aux prises avec la maladie mentale bénéficient grandement d'une prestation accrue de services dans la collectivité.

Il est avéré que le coût des modèles de soins communautaires est essentiellement le même que celui des services qu'ils remplacent; ces modèles ne peuvent donc pas être considérés avant tout comme des mesures d'économie ou de compression de coûts. Par ailleurs, un système communautaire n'a pas à être plus onéreux que des soins en établissement.

Il faut trouver la combinaison adéquate de soins en établissement et de services communautaires. L'important c'est d'offrir des services communautaires auxquels les personnes auront accès tout au long de leur vie.

De nombreuses régions du pays offrent déjà des services communautaires, mais il reste encore beaucoup à faire pour que les personnes atteintes de maladie mentale aient accès aux services et aux mesures de soutien dont elles ont besoin. Les services offerts dépendent de nombreux facteurs liés à l'histoire et aux particularités de chaque collectivité. Le Comité ne croit pas qu'il soit sage d'essayer d'imposer un modèle uniforme.

Il y a lieu de se demander pourquoi donc les autorités n'ont pas réussi à faire aboutir la transition à un système de services communautaires compte tenu des nombreux avantages de cette formule pour les personnes atteintes de maladie mentale et du fait qu'une fois la transition réalisée, elle n'entraîne pas de coûts additionnels. La raison la plus importante de cet état de choses tient à la difficulté de transformer la formule de financement des services, du secteur institutionnel au secteur communautaire.

À cet égard, il importe de garder trois choses en mémoire. Premièrement, les économies générées par le rétrécissement du secteur institutionnel ne se matérialiseront pas d'un coup, mais progressivement, au fur et à mesure de l'élimination des services institutionnels. Deuxièmement, comme l'élimination progressive de l'ancien système et l'implantation du nouveau prendront du temps, les deux systèmes devront longtemps fonctionner en parallèle, ce qui est coûteux. Troisièmement, rien ne garantit que l'argent économisé par la fermeture d'un grand établissement demeurera dans le budget de la santé mentale.

Pour ces raisons, le Comité pense qu'il faut instituer un Fonds de transition en santé mentale (FTSM) au moyen duquel le gouvernement du Canada pourra couvrir les coûts de transition ponctuels et accélérer l'implantation d'un système de services médico-sociaux communautaires. la formule du fonds de transition est la mieux adaptée à l'investissement, par le gouvernement fédéral, de crédits dans ce qui est un secteur de compétence provinciale

(la prestation de services de santé mentale). Ce sont les provinces et les territoires qui doivent décider de l'allocation des sommes qui leur seront accordées.

Il est cependant normal que le gouvernement fédéral, et les Canadiens en général, ait l'assurance que l'argent a) est consacré à des activités relatives à la santé mentale et b) augmente le total des dépenses consacrées par les provinces et les territoires à l'amélioration de la santé mentale et au traitement de la maladie mentale. Les sommes prélevées sur le Fonds seront administrées par la Commission canadienne de la santé mentale (voir le chapitre 16). Le Comité estime possible d'instituer des règles, dont l'application serait surveillée par la Commission, propres à garantir que le Fonds de transition est utilisé aux fins prévues.

En conséquence, le Comité recommande :

**9 Que le gouvernement du Canada crée un Fonds de transition en santé mentale pour accélérer la transition vers un système où la prestation des services en santé mentale se fera essentiellement dans la collectivité.**

**Que les sommes versées dans ce fonds soient mises à la disposition des provinces et des territoires au prorata de la population et que la gestion du Fonds soit confiée à la Commission canadienne de la santé mentale dont la création a été entérinée par tous les ministres de la Santé à l'exception de celui du Québec.**

**Que le Fonds serve à financer des activités :**

- **qui autrement n'auraient pas vu le jour, c'est-à-dire qu'elles représentent un surcroît de dépenses par rapport aux dépenses courantes augmentées de la hausse annuelle normale des dépenses globales de santé;**
- **qui faciliteront la transition vers l'établissement d'un système reposant essentiellement sur la prestation des services en santé mentale dans la collectivité.**

**Que, dans le financement d'activités à même le Fonds, l'on accorde la priorité aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante et que l'on s'intéresse en particulier aux besoins des enfants et des jeunes en matière de santé mentale.**

Le Fonds de transition devrait comporter deux volets : l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, qui permettra de financer la constitution d'un parc de logements abordables et appropriés de même que des suppléments au loyer pour que les personnes atteintes d'une maladie mentale qui n'en auraient pas autrement les moyens puissent vivre dans un logement à loyer libre; et le Panier de services communautaires qui aidera les provinces à fournir aux personnes atteintes de maladie mentale un éventail de services directement dans la collectivité.

On ne saurait surestimer l'importance d'un logement convenable pour les personnes qui souffrent de maladie mentale, surtout quand il s'agit d'une maladie grave. Il faut intervenir à trois niveaux : il faut plus de logements; il faut aussi des aides accrues pour permettre aux gens de louer les logements disponibles aux prix du marché; enfin, il faut accroître les services de soutien de manière que les gens puissent vivre dans la collectivité.

La construction de logements supervisés et la prestation de services de soutien additionnels aux personnes souffrant de maladie mentale touchent des secteurs qui relèvent du gouvernement fédéral et des gouvernements des provinces et des territoires. Le Comité pense donc qu'il vaut mieux que le financement fédéral en la matière soit acheminé par le truchement du Fonds de transition qui sera administré par la Commission canadienne de la santé mentale. En conséquence, il recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 10 | <b>Que les services conçus pour permettre aux personnes atteintes de maladie mentale de vivre dans la société soient financés dans le contexte du volet Panier de services communautaires du Fonds de transition en santé mentale administré par la Commission canadienne de la santé mentale.</b> |
|----|--|

Le Comité estime que les mesures afférentes aux deux niveaux d'intervention connexes précités (construction de nouveaux logements et offre de suppléments au loyer) devraient elles aussi être financées par l'intermédiaire du Fonds de transition, mais que, dans l'administration du volet logement du Fonds, la Commission canadienne de la santé mentale devrait faire appel aux structures et organismes fédéraux qui s'occupent des programmes de logement abordable, comme la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 11 | <b>Que, dans le contexte du Fonds de transition en santé mentale, le gouvernement du Canada lance une Initiative d'aide au logement pour la santé mentale afin de financer la construction de logements abordables et des programmes de suppléments au loyer pour donner aux personnes atteintes de maladie mentale les moyens de louer un appartement au taux du marché.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Que, dans la gestion du volet logement du Fonds de transition en santé mentale, la Commission canadienne de la santé mentale travaille en étroite collaboration avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement.</b></li></ul> |
|----|---|

Pour bien vivre en toute sécurité dans la collectivité, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ont besoin non seulement d'un logement, mais aussi de nombreux services. La recommandation ci-dessous ne doit pas être interprétée comme une prescription; elle atteste

implicitement la nécessité d'une certaine souplesse, exigeant simplement que les services soient offerts localement.

Le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 12 | <p><b>Que soit financé à même le Fonds de transition en santé mentale un panier de services communautaires dont l'utilité, pour aider les personnes atteintes d'une maladie mentale, en particulier celles qui souffrent d'une maladie mentale grave et persistante, à mener une vie productive dans la société, a été démontrée.</b></p> <p><b>Que ce panier de services communautaires comprenne notamment des équipes de suivi intensif dans la collectivité, des unités d'intervention d'urgence et des programmes de prise en charge intensive des cas, et que la seule condition d'admissibilité au financement d'un service donné à même le Fonds de transition en santé mentale soit que le service soit offert dans la collectivité concernée.</b></p> |
|----|---|

La plupart des gens qui s'adressent à un professionnel pour un problème de santé mentale s'adressent d'abord à un médecin, et non à un psychologue, à un travailleur social ou à une autre personne. Le Comité estime important d'encourager la collaboration dans le contexte de l'élaboration d'un éventail intégré de services communautaires. La formule des soins en collaboration est la plus prometteuse si l'on veut améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins et services de première ligne.

L'idée des soins en collaboration constitue en quelque sorte le prolongement du principe du « partage des soins » élaboré pour promouvoir une meilleure collaboration entre les psychiatres et les omnipraticiens. Par les soins en collaboration, on cherche à associer une vaste gamme de fournisseurs de services de santé mentale, de consommateurs et de membres de la famille dans un partenariat. Par conséquent, le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 13 | <p><b>Que les initiatives de soins en collaboration soient admissibles à un financement par le biais du Fonds de transition en santé mentale.</b></p> <p><b>Que le Centre d'échange des connaissances qui doit être établi dans le cadre de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le chapitre 16) encourage activement l'application des pratiques exemplaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives de soins en collaboration.</b></p> |
|----|---|

Les parents jouent un rôle essentiel, et parfois crucial, dans le soin des personnes souffrant de maladie mentale. D'après certaines estimations, près de 60 % des familles de personnes

atteintes de maladie mentale grave assurent les soins primaires, et bénéficient généralement de peu de conseils, de soutien ou de répit. Ces aidants subissent diverses conséquences financières, et le Comité estime qu'ils devraient toucher une forme d'aide financière du gouvernement quand ils doivent s'absenter temporairement du travail pour s'occuper d'un parent souffrant de maladie mentale.

Le Régime d'assurance-emploi offre certes des prestations de compassion, mais elles sont réservées aux personnes qui prennent congé pour s'occuper d'un membre de leur famille gravement malade qui risque de mourir dans les six mois. le Comité estime opportun d'élargir l'admissibilité aux prestations de compassion. En conséquence, il recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 14 | <p><b>Que des prestations de compassion soient offertes pendant au plus six semaines à l'intérieur d'une période de deux ans, à toute personne qui prend congé pour s'occuper d'un membre de sa famille atteint d'une maladie mentale qui risque l'hospitalisation, le placement dans un établissement de soins de longue durée, l'emprisonnement ou l'itinérance dans les six mois.</b></p> <p><b>Que l'admissibilité aux prestations de compassion soit déterminée sur recommandation de professionnels de la santé mentale et que leur paiement échappe au délai de carence habituel de deux semaines.</b></p> |
|----|---|

S'occuper d'une personne apparentée souffrant d'une maladie mentale est extrêmement exigeant, et les aidants risquent l'épuisement. Le Comité estime donc important d'améliorer considérablement les services de relève offerts aux familles pour éviter ce résultat. Compte tenu des besoins variés des aidants naturels et de leur évolution dans le temps, il serait logique d'offrir diverses formules de services de relève. En conséquence, le Comité recommande :

- |    |  |
|----|--|
| 15 | <p><b>Que les mesures prises pour offrir aux aidants naturels davantage de services de relève adaptés aux besoins changeants des clients soient financées par la voie du Fonds de transition en santé mentale.</b></p> |
|----|--|





## CHAPITRE 6: LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

---

Les années préscolaires présentent deux défis : le premier consiste à reconnaître les enfants qui sont atteints d'une maladie mentale ou qui risquent d'en développer une, et de leur fournir des services. Le second concerne la gestion efficace du passage de la petite enfance (de la naissance à 5 ans) au système scolaire. Le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 16 | <b>Que les conseils et les commissions scolaires rendent obligatoire la mise sur pied d'équipes en milieu scolaire composées de travailleurs sociaux, de travailleurs auprès des jeunes et d'enseignants afin d'aider les aidants familiaux à trouver les services de santé mentale dont leurs enfants et leurs adolescents ont besoin et que ces équipes fassent appel à la panoplie de traitements qu'offrent les diverses disciplines.</b> |
|----|---|

Plusieurs mesures indispensables doivent être prises afin que l'école devienne un lieu privilégié pour la prestation efficace des services de santé mentale. Premièrement, son potentiel doit être reconnu. Deuxièmement, les services hospitaliers ou communautaires doivent être transférés à l'école ou alors de nouveaux services doivent y être établis. Troisièmement, il faut donner aux enseignants le temps et les ressources nécessaires pour jouer ce nouveau rôle qui exige une plus grande implication. Par conséquent, le Comité recommande :

- |    |  |
|----|--|
| 17 | <b>Que des services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents soient fournis en milieu scolaire par des équipes constituées sur place, comme l'a recommandé plus haut.</b><br><b>Que les enseignants reçoivent une formation sur la détection précoce de la maladie mentale.</b><br><b>Que l'on accorde aux enseignants le temps voulu et les ressources et le soutien concrets nécessaires pour jouer ce nouveau rôle.</b> |
|----|--|

La question de la stigmatisation et de la discrimination revient tout au long du rapport. Le Comité tient à souligner l'importance de commencer très tôt à appliquer dans les écoles les mesures d'information et de sensibilisation au sujet de la maladie mentale. Les raisons qui militent en faveur de programmes de sensibilisation visant les jeunes sont simples. Quand les ressources sont rares, il est préférable que l'information vise ceux qui y sont le plus réceptifs. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 18 | <b>Que les élèves soient informés à l'école au sujet de la maladie mentale et de sa prévention et que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) travaille en étroite collaboration avec les éducateurs pour mener des campagnes de sensibilisation ciblées visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.</b> |
|----|--|

La brusque interruption des services essentiels a été comparée par certains, à juste titre, à l'impression de tomber d'une falaise. Et pourtant, c'est ce que vivent beaucoup trop souvent les adolescents quand ils atteignent un âge établi d'avance par une loi ou une politique qui fait qu'ils deviennent subitement inadmissibles à certains services de santé mentale.

Il incombe aux professionnels de la santé mentale de travailler en collaboration afin de supprimer les obstacles qui existent au sein des systèmes pour adultes et pour enfants et entre ces systèmes. Tous les services de traitement, qu'ils soient offerts en milieu communautaire, scolaire ou hospitalier, doivent être entièrement intégrés afin que les enfants et les adolescents bénéficient d'interventions qui leur conviennent, et ce, tant qu'ils en auront besoin. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 19 | <b>Que les gouvernements des provinces et des territoires s'efforcent d'éliminer la compartimentation sur les plans de la législation, de l'administration ou des programmes qui les empêche de veiller comme il se doit à assurer le passage de l'adolescence à l'âge adulte et qu'elles adoptent les mesures suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Que l'âge limite pour les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents soit établi en fonction de considérations d'ordre clinique plutôt que d'ordre administratif, budgétaire ou autre.</b></li><li>• <b>Que, dans les cas où un âge limite est fixé, un lien soit établi entre les services offerts aux enfants et aux adolescents et les services pour adultes afin d'assurer une transition harmonieuse.</b></li><li>• <b>Que, dans les cas où un âge limite est fixé, il n'y ait pas de période d'interruption où une personne est inadmissible au traitement tant dans le système pour enfants et adolescents que dans le système pour adultes.</b></li></ul> |
|----|--|

Le Comité est d'avis que les services de santé mentale *et* les services sociaux sont *tous les deux* essentiels pour assurer le mieux-être. Quiconque est aux prises avec une maladie mentale ne

devrait pas être abandonné dans un vide législatif entre le système pour enfants et adolescents et le système pour adultes. Pour éviter ce risque, le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 20 | <b>Que les gouvernements des provinces et des territoires coordonnent les services de santé mentale et les services sociaux et, à cet égard, veillent à ce que l'âge limite pour les services sociaux destinés aux enfants et aux adolescents coïncide avec celui établi pour les services de santé mentale.</b> |
|----|--|

Pour les Canadiens, les pénuries de professionnels de la santé n'ont rien de neuf. Ni le système de santé mentale, ni le sous-système qui s'occupe des enfants et des adolescents n'y ont échappé. Il n'est pas suffisant toutefois d'augmenter seulement le nombre de psychiatres. Il faut également aborder la question des pénuries chez les autres professionnels de la santé mentale spécialisés dans le traitement des enfants et des adolescents, notamment les psychologues, les infirmières et les travailleurs sociaux. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 21 | <b>Que les pouvoirs publics prennent immédiatement des mesures pour remédier aux pénuries de professionnels de la santé mentale spécialisés dans le traitement des enfants et des adolescents.</b> |
|----|--|

Le Comité convient que les temps d'attente doivent être réduits, mais il est aussi bien conscient du fait qu'il sera extrêmement long d'accroître la capacité du système, particulièrement lorsqu'il s'agit de former des professionnels de la santé mentale spécialisés dans le traitement des jeunes. Il estime par conséquent important d'examiner des mesures qui permettront de remédier à la situation à court terme.

À cet égard, la télépsychiatrie, les modèles de traitement non traditionnels et les conférences de cas peuvent être utiles selon nous. Ces mesures de transition permettront de patienter pendant la période de restructuration nécessaire afin d'accroître la capacité du système de santé mentale de venir en aide aux enfants et aux adolescents. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 22 | <b>Que le recours à la télépsychiatrie augmente dans les régions rurales et éloignées afin qu'il soit plus facile pour ces collectivités de tirer parti des services offerts par le personnel spécialisé dans la santé mentale des enfants et des adolescents.</b><br><b>Que la télépsychiatrie serve à des fins tant de consultation que d'éducation et de formation des professionnels de la santé qui travaillent dans les collectivités rurales et éloignées.</b> |
|----|---|

23	<b>Que l'on ait recours à des thérapies de groupe normalisées et fondées sur des données probantes, quand cela convient sur le plan clinique, afin de réduire les temps d'attente pour les enfants et les adolescents qui ont besoin de services de santé mentale.</b>
24	<p><b>Que les gouvernements des provinces et des territoires encouragent leurs institutions sanitaires, éducatives et judiciaires à collaborer étroitement afin que les enfants et les adolescents puissent avoir toujours facilement accès aux services de santé mentale.</b></p> <p><b>Que les conférences de cas soient davantage utilisées en vue d'établir les priorités et de coordonner la prestation de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents.</b></p>

Les enfants et les adolescents présentent un défi particulier pour les professionnels de la santé mentale. En effet, leur corps et leur esprit ne cessent de croître et de changer. Adapter les interventions de traitement pour tenir compte de cette réalité est un processus délicat qu'il convient d'aborder avec un grand respect pour le client et ses aidants naturels. Si l'unité familiale est dysfonctionnelle, il convient de la traiter dans son ensemble et de fournir à tous les membres l'aide dont ils ont besoin.

Il ne sera pas aisé de passer à ce modèle de prestation de services. Il faudra modifier la tournure d'esprit qui, jusqu'à maintenant, a donné un système de santé mentale conçu pour répondre aux besoins des institutions et des fournisseurs plutôt que des clients. Premièrement, il faut reconnaître que les jeunes et les familles sont des partenaires à part entière, capables de définir des solutions qui répondent le mieux à leurs besoins. Le Comité appuie sans réserve cette approche et recommande par conséquent :

25	<p><b>Que des thérapies familiales fondées sur des données probantes soient appliquées afin que tous les membres de la famille aient accès à l'aide dont ils ont besoin.</b></p> <p><b>Que les professionnels œuvrant auprès des enfants et des adolescents atteints d'une maladie mentale aient accès à des possibilités de formation leur permettant de répondre adéquatement aux besoins en santé mentale de leurs jeunes clients.</b></p> <p><b>Que le traitement familial de la santé mentale soit intégré au programme d'études des professionnels de la santé mentale et des médecins de premier recours.</b></p>
----	--

Que les professionnels soient indemnisés pour le temps qu'ils passent avec les soignants membres de la famille, en plus du temps consacré aux jeunes atteints de maladie mentale.

Que tous les spécialistes œuvrant auprès des enfants et des adolescents suivent une formation sur les droits de l'enfance.



Les aînés ne sont pas tout simplement des adultes âgés dont les problèmes mentaux peuvent être traités dans le cadre de programmes génériques censés convenir à tous les âges. Ils forment un segment démographique aux caractéristiques très particulières, dont les besoins de santé mentale se distinguent de ceux d'autres groupes.

Il est en outre important de reconnaître que les aînés ne forment pas un groupe homogène. Ils ont des âges très différents, chaque groupe d'âge ayant des besoins particuliers en matière de santé mentale. Il est important de tenir compte de cette diversité dans la prestation des services de santé mentale et dans la recherche sur laquelle ces services sont censés se baser.

Cette incompréhension par le système de santé mentale de la diversité et des particularités des besoins des aînés pourrait être attribuable, du moins en partie, à l'insuffisance des échanges d'information entre les chercheurs en gérontologie, de même qu'entre les professionnels qui soignent les personnes âgées et l'ensemble de la communauté des soignants en santé mentale et en toxicomanie. Compte tenu de ce qui précède, le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 26 | <p><b>Que l'un des objectifs du Centre d'échange des connaissances devant être créé à la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) soit de favoriser l'échange d'information parmi les chercheurs en gérontologie eux-mêmes, de même qu'entre les fournisseurs de services spécialisés aux personnes âgées et les autres fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie.</b></p> <p><b>Que la Commission canadienne de la santé mentale encourage la recherche sur les vastes éventails d'âges, d'environnements (par exemple, les services communautaires par opposition aux soins en établissement), de comorbidités et de questions culturelles ayant des incidences sur la santé mentale des aînés, et favorise l'adoption de pratiques exemplaires dans les programmes de santé mentale destinés aux aînés, de façon à combattre la marginalisation des adultes âgés inscrits à des programmes de traitement censément adaptés à tous les âges.</b></p> |
|----|---|

Le système de santé mentale est axé sur les fournisseurs puisqu'il est généralement structuré de façon à répondre principalement aux besoins des fournisseurs de services individuels et institutionnels, et non de leurs clients. Pour les aînés, les difficultés occasionnées par le modèle de soins axé sur le fournisseur varient selon leur rôle comme aidants naturels pour un autre membre de la famille, leurs moyens financiers et la mesure dans laquelle leur mobilité est restreinte.

Le Comité croit que les aînés qui ont des troubles mentaux devraient, comme ceux qui sont atteints de maladies physiques, pouvoir recevoir des soins et des services de soutien chez eux. Toutefois, la prestation de services médicaux ou psychothérapeutiques ne suffit pas. Les aînés ont d'autres besoins, aussi bien physiques (par exemple, aide pour les activités courantes d'entretien du domicile, les achats, la cuisine, le nettoyage et le bain) que sociaux (par exemple, visiteurs ou accès à des services de bibliothèque).

Le Comité appuie fortement le principe que les personnes atteintes *aussi bien* de maladies mentales que de maladies physiques devraient disposer d'une pleine gamme de services de traitement et de soutien. Nous appuyons également la création de logements abordables (c'est-à-dire subventionnés) et supervisés (c'est-à-dire avec services de soutien sur place pour les activités de la vie quotidienne). Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 27 | <p><b>Que des montants prélevés sur le Fonds de transition de la santé mentale (voir le Chapitre 16) soient mis à la disposition des provinces et des territoires afin de financer des initiatives conçues pour faciliter la vie dans la collectivité des aînés atteints de maladie mentale, ces initiatives pouvant comprendre notamment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• des visites à domicile de fournisseurs de soins en santé mentale adéquatement rémunérées;</li><li>• une pleine gamme de services pratiques et de services de soutien social à domicile pour les aînés ayant une maladie mentale;</li><li>• un niveau de soutien des aînés ayant une maladie mentale qui soit au moins équivalent au niveau de soutien offert aux aînés ayant une maladie physique, où qu'ils vivent;</li><li>• un plus grand nombre de logements abordables et supervisés pour les aînés ayant une maladie mentale.</li></ul> |
|----|---|

En plus de reconnaître la valeur des aidants familiaux et de les aider dans ce rôle, il faudrait prendre des mesures pour minimiser le risque qu'ils ne soient eux-mêmes atteints de troubles mentaux. En particulier, on ne devrait pas s'attendre à ce que les aidants familiaux se substituent aux services et soutiens qui devraient être offerts à des proches malades vivant seuls. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 28 | <p><b>Que les aînés atteints de maladie mentale vivant chez des aidants familiaux soient admissibles à tous les services de santé et de soutien qui leur seraient offerts s'ils vivaient seuls.</b></p> |
|----|---|



Le Comité croit que tous les Canadiens, où qu'ils soient, devraient avoir accès en tout temps au système de soins actifs. Les aînés ayant une maladie mentale ont parfois besoin d'être hospitalisés. Ils devraient avoir facilement accès à ce service. Nous reconnaissons cependant que beaucoup d'adultes âgés sont « logés » à tort dans des établissements de soins actifs. La solution consiste à faciliter l'accès à d'autres établissements.

Lorsque les aînés ne peuvent plus rester ni chez eux ni chez des aidants familiaux, les établissements de soins de longue durée constituent souvent l'étape suivante. Cependant, les besoins des pensionnaires des « foyers de soins » ont considérablement évolué, mais les conséquences de cette évolution n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante : les effectifs n'ont pas été augmentés en conséquence, le perfectionnement des soignants n'a pas bénéficié d'un soutien suffisant et on n'a pas suffisamment amélioré les services de santé mentale et de soutien sur place pour répondre aux besoins de soins plus intenses et de traitements différents que cette évolution a entraînés. Les effets de cette situation peuvent comprendre l'administration de quantités excessives de médicaments, le recours à l'immobilisation chimique et la prestation de services ne répondant qu'aux besoins les plus élémentaires ou à de simples exigences de garde, le but étant seulement de « parquer » les aînés les plus vulnérables de notre société. Il existe d'autres possibilités. Le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 29 | <p><b>Que des efforts soient déployés, lorsqu'il est médicalement possible de le faire, pour transférer les aînés atteints de maladie mentale gardés dans des établissements de soins actifs vers des établissements de soins de longue durée ou des logements appropriés en facilitant l'accès à des solutions autres que l'hospitalisation.</b></p> <p><b>Que les compétences requises des membres du personnel des établissements de soins de longue durée soient révisées et adaptées, grâce à la mise en œuvre des programmes de formation nécessaires, pour s'assurer que le transfert de responsabilité, à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale, des établissements de soins actifs aux établissements de soins de longue durée permet de mettre à la disposition des pensionnaires, sur place, des services de santé mentale suffisants sur le plan clinique.</b></p> |
|----|---|

Même s'il est impossible de prédire quand des gens devront partir de chez eux pour aller chez un proche, à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, il est malheureusement possible d'affirmer que la transition ne sera pas facile. Au mieux, elle sera inefficace et malcommode; au pire, elle pourrait être dangereuse.

On peut envisager différentes solutions à ce problème. Premièrement, des ressources peuvent être mises à contribution pour aider les aînés et les aidants familiaux à mieux naviguer dans le système actuel, en recourant par exemple à des « navigateurs » professionnels. Deuxièmement, il serait possible de mieux centraliser les services de transition à des endroits traditionnels, c'est-à-dire là où les fournisseurs de services se trouvent actuellement (en attendant la mise en œuvre des réformes recommandées ci-

dessus). Troisièmement, les services peuvent être transférés à des endroits centraux, comme les établissements de soins de longue durée où vivent de nombreux aînés.

Le Comité croit que la dernière option est la plus avantageuse. Toutefois, nous proposons d'aller encore plus loin. En sus de centraliser les services aux endroits où vivent beaucoup d'aînés, nous croyons que différents « foyers » pour personnes âgées devraient être établis très près les uns des autres, peut-être sous un même toit.

Ce modèle a l'avantage de s'attaquer simultanément aux problèmes liés à la mobilité et à la transition entre des environnements différents. Il permet également de tenir compte des situations dans lesquelles des couples âgés ayant besoin de soins différents peuvent vivre dans les milieux les mieux adaptés à leurs besoins sans que les membres du couple soient obligés de s'éloigner l'un de l'autre. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |           |   |
|-----------|---|
| <b>30</b> | <p><b>Que différents services dispensés en établissement destinés aux personnes âgées atteintes de maladie mentale soient intégrés ou établis tout près les uns des autres (par exemple, logements supervisés et établissements de soins de longue durée) pour que la transition de l'un à l'autre puisse se faire d'une façon efficace et sûre.</b></p> <p><b>Que tous les efforts possibles soient faits pour permettre aux couples âgés de continuer à vivre ensemble ou tout près, indépendamment du niveau de service et de soutien dont chaque membre du couple a besoin.</b></p> |
|-----------|---|

## CHAPITRE 8: MILIEU DE TRAVAIL ET EMPLOI

---

Les enquêtes montrent que la plupart des personnes qui souffrent de maladie mentale grave désirent travailler et que c'est là une de leurs priorités, mais bien peu sont employées. Or, le chômage mène à l'appauvrissement et à un engagement social moindre, ce qui aggrave les troubles physiques et mentaux. Il contribue également à un sentiment d'inutilité et à la dépression, ce qui peut conduire à la toxicomanie. Les personnes ainsi exclues de la population active dépendent souvent des programmes de sécurité du revenu pour survivre.

Le travail peut contribuer de façon tout à fait constructive au bien-être mental, car c'est du travail que nous tirons une bonne partie de notre sentiment d'intégration sociale. Cependant, si la participation à la population active peut contribuer à un bon état mental, elle peut également susciter des problèmes mentaux, notamment le stress, la dépression et les troubles anxieux.

Il y a deux grandes catégories d'interventions sur le plan de la santé mentale au travail. Tout d'abord, les mesures de prévention primaire, qui visent à éliminer, ou du moins à atténuer, les facteurs nuisant à la santé mentale des travailleurs. Ensuite, il existe une panoplie de stratégies d'intervention secondaire conçues essentiellement pour réduire les effets du stress professionnel en améliorant la capacité des individus à s'adapter au stress et à le gérer. Il semblerait que les approches organisationnelles bien structurées donnent des effets plus notables et plus durables que les stratégies d'intervention secondaire s'adressant aux individus.

La Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health a cerné des pratiques ou comportements de gestion (comme de donner une charge de travail constamment trop lourde accompagnée de délais trop courts) qui peuvent précipiter ou aggraver les problèmes de santé mentale au travail. Le Comité convient avec la Table ronde qu'une stratégie d'intervention primaire réussie doit tenter de modifier ces pratiques néfastes et recommande donc :

---

31	<b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) travaille avec les employeurs à l'élaboration et à la diffusion de pratiques de gestion exemplaires propices à la santé mentale au travail.</b>
----	---

Faute de sensibilisation des employés, des gestionnaires et des superviseurs, les problèmes de santé mentale et de toxicomanie au travail ne peuvent être rapidement détectés et réglés. Une autre difficulté vient du fait que le système de soins de santé et les milieux de travail sont très différents, sur le plan des cultures, des langues, des pratiques et des priorités. Ce qu'il faut, ce sont des leaders qui connaissent à la fois le domaine de la santé mentale et les questions

propres aux employeurs et qui peuvent faciliter l'intégration de systèmes disparates de manière plus efficace avec le temps. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 32 | <b>Que le Centre d'échange des connaissances créé dans le cadre de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) aide employeurs, professionnels de la santé au travail et fournisseurs de soins de santé mentale à élaborer un langage commun, dans le but d'encourager la gestion des limitations fonctionnelles d'ordre mental, et à communiquer les pratiques exemplaires dans le domaine.</b> |
|----|---|

Les PAE sont des programmes offerts par l'employeur pour atténuer voire éliminer divers problèmes en milieu de travail. Habituellement, les PAE offrent des services de counselling, de diagnostic, d'aiguillage et de traitement et mettent l'accent sur la prévention. Les PAE présentent cependant des limites. Par exemple, vu le nombre restreint de séances thérapeutiques offertes aux clients, il est peu probable que l'on puisse résoudre efficacement des problèmes graves de toxicomanie ou de maladie mentale avec un aussi faible nombre de traitements thérapeutiques. Compte tenu de cela, le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 33 | <b>Que les employeurs accroissent le nombre de séances de counselling offertes dans le cadre des Programmes d'aide aux employés (PAE), surtout là où l'accès à d'autres services de santé mentale est limité.</b><br><b>Que des recherches soient entreprises pour évaluer les PAE et que les résultats soient communiqués par le Centre d'échange des connaissances que le Comité recommande de créer dans le cadre de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) en vue d'accroître l'efficacité de ces programmes.</b> |
|----|---|

L'emploi assisté consiste à placer les clients aussi rapidement que possible dans des postes pour lesquels ils n'ont pas de préparation approfondie tout en leur fournissant un appui intensif et permanent sur place et une formation dispensée par des formateurs en milieu de travail. Les modèles d'emploi assisté ont donné de meilleurs résultats que les services de réadaptation professionnelle traditionnels.

Les initiatives de développement des consommateurs ont été créées par des personnes ayant une maladie mentale, déçues de l'échec des programmes de réadaptation professionnelle traditionnels visant à les aider à se trouver un emploi. Ces personnes ont commencé à mettre sur pied des entreprises dont elles étaient propriétaires. Il s'agit là d'un secteur prometteur pour ce qui est d'intégrer à la population active les personnes ayant une maladie mentale grave.

Le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées est administré par le ministère des Ressources humaines et du Développement social; il vise les personnes handicapées dont la participation à la vie active est faible ou nulle. Compte tenu de ce qu'il a appris au sujet des emplois assistés et des initiatives de développement des consommateurs, le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 34 | <p><b>Que le ministère des Ressources humaines et du Développement social, par l'entremise du Fonds d'intégration pour les personnes handicapées, facilite la mise en œuvre dans tout le pays d'un programme d'assistance en milieu de travail pour aider les personnes ayant une maladie mentale à se trouver un emploi et à le conserver.</b></p> <p><b>Que ce programme encourage la création d'entreprises dont les personnes souffrant de maladie mentale seront à la fois les exploitants et les propriétaires et appuie de telles entreprises.</b></p> <p><b>Que ministère des Ressources humaines et du Développement social signale le nombre de personnes ayant une maladie mentale auxquelles le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées vient en aide.</b></p> |
|----|---|

Dans toutes les provinces et tous les territoires, les commissions des accidents de travail reçoivent de plus en plus de demandes de prestations pour des problèmes de santé mentale (« stress professionnel ») et, dans un nombre grandissant de cas, elles ont accordé les prestations. On manque de données cependant sur la nature des problèmes et sur le montant des prestations versées dans chaque cas. Le Comité estime important de s'attaquer à la question et recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 35 | <p><b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) travaille en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les commissions des accidents de travail, les employeurs et les syndicats du pays à l'élaboration de pratiques exemplaires concernant les prestations liées au stress d'ordre professionnel.</b></p> |
|----|---|

Les personnes ayant une maladie mentale doivent souvent recourir aux programmes d'aide sociale (prestations de bien-être social) qu'offrent les provinces et les territoires. Ces programmes posent plusieurs problèmes, en raison entre autres de leurs conditions d'admissibilité très strictes, notamment du fait qu'on exige des demandeurs qu'ils épuisent leurs propres ressources financières avant de demander une aide. Les prestations, même si elles sont généralement plus généreuses que celles fournies aux personnes considérées aptes au travail (donc employables) sont trop modestes pour éviter les difficultés financières. En outre, ceux qui désirent réintégrer le marché du travail peuvent être découragés par des

politiques dont l'effet est de réduire leurs prestations de portions variables de leur revenu gagné, ou de leur supprimer certaines prestations (remboursement des médicaments ou de soins médicaux) ou l'ensemble de leurs prestations. En conséquence, le Comité recommande :

- |           |  |
|-----------|--|
| <b>36</b> | <p><b>Que le niveau des prestations versées dans le cadre des programmes d'aide sociale destinés aux personnes ayant une maladie mentale et les revenus que celles-ci sont autorisées à gagner sans pénalité soient relevés de manière à alléger le fardeau financier de ces personnes et les encourager à travailler.</b></p> <p><b>Que les bénéficiaires d'aide supplémentaire, comme le remboursement partiel de médicaments, conservent cette aide pendant une période prolongée lorsque leur revenu augmente à un point tel qu'ils n'auraient plus droit à une aide au logement ou pour faire face à d'autres frais de subsistance.</b></p> |
|-----------|--|

Le gouvernement fédéral offre deux programmes de soutien du revenu qui peuvent aider les personnes ayant une maladie mentale : le programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et les prestations de maladie fournies dans le cadre de l'assurance-emploi. Un allègement fiscal est également offert sous forme de crédit d'impôt pour personnes handicapées.

Depuis de nombreuses années, les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie et leurs représentants reprochent au RPC-I de ne pas correctement tenir compte du problème de la maladie mentale et de l'incapacité. Pour répondre à ces préoccupations et d'autres encore, le Comité recommande :

- |           |  |
|-----------|--|
| <b>37</b> | <p><b>Que les critères d'admissibilité au Régime de pensions du Canada-Invalidité (RPC-I) soient modifiés de manière à ce que les personnes souffrant de maladie mentale ne soient plus tenues de démontrer que leur maladie est grave et prolongée, mais seulement que leur maladie a été diagnostiquée, qu'elles sont inaptes au travail et qu'elles ont besoin d'un appui financier.</b></p> <p><b>Que le gouvernement du Canada examine la façon dont il pourrait mieux coordonner les prestations de maladie versées dans le cadre de l'assurance-emploi (A-E) et les prestations versées dans le cadre du RPC-I et éliminer les obstacles structurels (notamment financiers) qui limitent les possibilités de réintégration professionnelle.</b></p> <p><b>Que le gouvernement du Canada autorise le RPC à commanditer des recherches sur de nouvelles approches ciblant les personnes atteintes de maladies épisodiques, notamment d'ordre mental, et à faire des tests à ce sujet.</b></p> |
|-----------|--|

**Que le gouvernement du Canada recherche des moyens d'encourager les employeurs à embaucher des personnes atteintes de maladie mentale, notamment en les exemptant des cotisations au RPC.**

Les personnes atteintes de maladie mentale peuvent aussi avoir droit à des prestations d'AE comme source de revenu temporaire. Le Comité est d'avis que les critères d'octroi des prestations de maladie au titre de l'assurance-emploi devraient être modifiés pour que quiconque est atteint d'une maladie mentale puisse s'en prévaloir plus facilement. Par conséquent, le Comité recommande :

---

**38** **Que l'on modifie les prestations de maladie versées dans le cadre de l'assurance-emploi, de manière à faciliter l'admissibilité des personnes souffrant de maladie mentale. Il faudrait notamment réduire, pour ces dernières, le nombre d'heures à travailler depuis la dernière demande.**

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées est un crédit d'impôt non remboursable qui permet aux personnes handicapées de réduire les impôts qu'elles doivent payer. Il n'est pas facile d'obtenir le crédit d'impôt pour personnes handicapées. En effet, il faut avoir une déficience mentale ou physique grave et prolongée qui limite de façon marquée sa capacité d'effectuer une activité courante de la vie quotidienne. Par ailleurs, le montant de l'allègement fiscal est modeste. Le Comité recommande donc :

---

**39** **Que l'on modifie le critère d'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées, pour faciliter l'admissibilité des personnes ayant une maladie mentale, et que l'on relève le montant de ce crédit.**





## CHAPITRE 9: LA TOXICOMANIE

---

Un solide mouvement d'entraide et de sensibilisation créé par les clients et les familles vient appuyer les services de santé mentale. En ce qui a trait à la toxicomanie, l'entraide est très répandue depuis longtemps, mais elle reçoit peu d'aide du gouvernement et fait partie d'une culture d'anonymat et d'autonomie.

Des personnes aux prises avec la maladie mentale et des membres de leur famille ont présenté leurs points de vue aux gouvernements provinciaux et territoriaux en faisant valoir que l'aide provenant des organismes d'entraide est tellement importante qu'il faut financer ces organismes. Le fait que le secteur de la toxicomanie n'a pas exercé de pressions semblables crée une inégalité de représentation entre les deux secteurs, qui ont *tous deux* un savoir-faire essentiel à offrir et un travail important à accomplir. Le Comité recommande donc :

---

40	<b>Qu'une partie de l'aide financière accordée par le Fonds de transition en santé mentale (voir le Chapitre 16) au soutien par les pairs serve à l'établissement et au maintien de groupes d'entraide pour les personnes aux prises avec une dépendance (y compris les joueurs compulsifs) et leur famille.</b>
----	--

Bien que la production et le trafic de drogues illicites fassent les manchettes, les produits qu'on peut se procurer légalement, soit l'alcool et les médicaments sur ordonnance, sont les plus lourds de conséquences pour la vie et la santé des Canadiens. En fait, la grande majorité des Canadiens toxicomanes consomment des substances licites. Le Comité recommande donc :

---

41	<b>Que les ressources en matière de traitement de la toxicomanie visent également la dépendance aux substances licites telles que l'alcool, le tabac et les médicaments sur ordonnance, et les comportements comme le jeu compulsif.</b>
----	--

Le nombre de joueurs compulsifs a connu une hausse importante au cours des 25 dernières années. En 1999-2000, les profits nets générés par le jeu (après l'attribution des prix et les autres dépenses) pour tous les ordres de gouvernement étaient de 5,7 milliards de dollars. En 2004, ces profits étaient passés à 6,2 milliards de dollars, montant supérieur aux revenus nets que le gouvernement tire à la fois du tabac et de l'alcool (5,9 milliards de dollars).

Au Canada, tous les ordres de gouvernement dépendent des revenus tirés du jeu, et il y aura vraisemblablement une hausse de l'investissement dans les installations de jeu. Les incidences sociales, économiques et de santé sur les Canadiens commencent tout juste à poindre; elles ne doivent pas être négligées ni minimisées. Le Comité recommande donc :

- |    |   |
|----|---|
| 42 | <p><b>Que les gouvernements provinciaux et territoriaux affectent une partie fixe des revenus tirés du jeu à des programmes de prévention, de sensibilisation et de traitement fondés sur des données probantes et à la recherche sur le jeu compulsif.</b></p> <p><b>Que Statistique Canada s'assure qu'à l'instar de la consommation d'alcool et de drogues, le jeu compulsif au sein de la population est mesuré et fait l'objet de rapports à la suite de sondages réguliers.</b></p> |
|----|---|

Comme c'est le cas pour d'autres problèmes de santé, les gens qui sont pauvres, marginalisés ou autrement défavorisés sont touchés en nombre disproportionné par la toxicomanie ou le jeu compulsif. Les enfants et les jeunes, les femmes et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables, ce qui n'est pas toujours reconnu et n'entraîne donc pas les interventions nécessaires. Le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 43 | <p><b>Que le gouvernement du Canada évalue les résultats des programmes actuels axés sur les problèmes de dépendance des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.</b></p> <p><b>Que les résultats de cette évaluation soient diffusés par le Centre d'échange des connaissances qui fera partie de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) dans le but d'établir des modèles de traitement efficaces et d'élargir ces programmes de manière à accroître l'accès et à réduire les périodes d'attente.</b></p> <p><b>Que les provinces et les territoires élaborent et mettent en œuvre des services fondés sur des données probantes et destinés aux personnes marginalisées ainsi que des programmes de prévention primaire et secondaire pour les populations à risque, c'est-à-dire les femmes, les enfants et les jeunes, les aînés et les personnes ayant des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.</b></p> |
|----|---|

La stratégie d'intervention la plus rentable pour les problèmes d'alcool à un stade précoce est une séance de conseils donnée par un médecin de premier recours et un suivi assuré par une infirmière. Le Comité recommande donc :

- 
- |       |   |
|-------|---|
| 44 a) | <p><b>Que les médecins de famille reçoivent la formation appropriée sur les techniques d'intervention brève et d'entrevue pour reconnaître la consommation problématique conduisant à la toxicomanie.</b></p> <p><b>Que les médecins de famille reçoivent, dans le cadre des programmes de médecine et de perfectionnement professionnel, de la formation visant à diagnostiquer l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).</b></p> |
|-------|---|

La consommation abusive d'alcool ou de drogues peut masquer les symptômes d'une maladie mentale, mais elle peut aussi aggraver les symptômes psychiatriques. En conséquence, les personnes souffrant de troubles concomitants (maladie mentale et toxicomanie) ont généralement des problèmes complexes et il est très difficile de les aider.

Le système de santé mentale et le système de traitement de la toxicomanie ont mis du temps avant de reconnaître l'existence même de troubles concomitants. Habituellement, les personnes atteintes de ces troubles font la navette d'un service à l'autre pendant que les cliniciens et les spécialistes essaient de déterminer quel problème il faut traiter en premier. Les résultats ne sont pas du tout satisfaisants, notamment en raison des différences entre les deux systèmes de traitement et leurs principes sous-jacents. Le Comité recommande donc :

- 
- |      |  |
|------|--|
| 44b) | <p><b>Que le gouvernement du Canada inclue dans le Fonds de transition en santé mentale (voir le Chapitre 16) 50 millions de dollars par an, qui seraient versés aux provinces et aux territoires pour des programmes et services de proximité, de traitement et de prévention destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants.</b></p> |
|------|--|

Les services de santé mentale et les services de traitement de la toxicomanie ont toujours évolué séparément, chacun ayant son propre objectif. Ces deux genres de services sont fondés sur des théories différentes quant aux causes, aux effets et à l'aide à apporter. Des signes de convergence se font jour, toutefois, tout particulièrement la publication de documents sur les pratiques exemplaires et le traitement des troubles concomitants ainsi que l'établissement de certains services mixtes. Il est maintenant temps que les services de traitement de la toxicomanie et les services de santé mentale mettent en place des mécanismes intégrés reposant sur leurs intérêts et leurs points de vue communs et, surtout, axés sur les avantages que pourront en tirer les personnes touchées.

Le modèle du quadrant est bien connu des fournisseurs de services de traitement de la toxicomanie. Il a été adopté en tant qu'outil de réflexion aidant à conceptualiser l'intégration d'une manière qui respecte les différences entre le domaine de la santé mentale et celui du traitement de la toxicomanie tout en offrant des possibilités d'intégration qui peuvent être rapidement mises à exécution.

<b>T O X I C O M A N I E</b>	↑ Élevé	<b>Quadrant 3</b> Niveau élevé de problèmes liés à la toxicomanie et faible niveau de maladie mentale  SOINS SPÉCIALISÉS EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE	<b>Quadrant 4</b> Niveau élevé de problèmes liés à la toxicomanie et niveau élevé de maladie mentale  SOINS SPÉCIALISÉS ET INTÉGRÉS EN MATIÈRE DE TROUBLES CONCOMITANTS
	↓ Faible	<b>Quadrant 1</b> Faible niveau de problèmes liés à la toxicomanie et faible niveau de maladie mentale  SOINS PRIMAIRES	<b>Quadrant 2</b> Faible niveau de problèmes liés à la toxicomanie et niveau élevé de maladie mentale  SOINS SPÉCIALISÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE
		← Faible	Élevé →
<b>MALADIE MENTALE</b>			

Les personnes ayant un faible niveau de maladie mentale et de toxicomanie (quadrant 1) forment de loin le segment le plus important de la société; elles demanderont le plus fréquemment l'aide d'un médecin de premier recours. Le modèle du quadrant propose que les services de traitement de la toxicomanie et les services de santé mentale deviennent compétents en matière de troubles concomitants, c'est-à-dire qu'ils soient en mesure de reconnaître les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et d'intervenir dans les deux cas. Seules les personnes peu nombreuses visées par le quadrant 4 ont besoin de services spécialisés en matière de troubles concomitants.

Le modèle du quadrant ne privilégie pas un système au détriment d'un autre. Il ne présuppose pas non plus la fusion de l'administration et des services des deux domaines ni la suppression de programmes spécialisés. Au lieu de cela, des mécanismes intégrés peuvent être mis en place à l'échelon local et comprendre : des ententes de service conclues entre les organismes de santé mentale et ceux de traitement de la toxicomanie; la désignation d'organismes locaux de direction pour s'occuper de l'admission, de l'évaluation et de l'aiguillage; des outils de communication facilitant la transmission sécuritaire des renseignements personnels sur la santé; l'utilisation de la technologie à distance pour offrir des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie ainsi que des services spécialisés aux régions éloignées ou mal desservies. Compte tenu de ce modèle, le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 45 | <b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des partenariats avec les organismes nationaux de traitement de la toxicomanie et déploie des efforts pour atteindre l'objectif ultime d'intégration des secteurs de la maladie mentale et du traitement de la toxicomanie.</b> |
|----|---|

## CHAPITRE 10:

### ENTRAIDE ET SOUTIEN PAR LES PAIRS

---

Tout en reconnaissant la valeur de l'aide professionnelle, les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille se tournent de plus en plus vers l'entraide et le soutien par les pairs pour remplacer les services hospitaliers, communautaires et professionnels (surtout médicaux) ou y suppléer. Ces substituts compensent la stigmatisation en donnant aux gens une place où ils sont bien accueillis et se sentent en sécurité, ce qui est particulièrement important dans le cas des groupes mal servis par le système traditionnel de santé mentale.

Pour jouer le rôle de partenaire à part entière dans son propre traitement ou celui d'un proche, il faut des renseignements exacts et complets sur la santé et les services. Des personnes ayant une maladie mentale et des membres de leur famille n'ont même pas accès aux renseignements les plus élémentaires. Des professionnels surchargés peuvent soit donner des réponses très laconiques soit communiquer d'une façon difficile à comprendre. Par conséquent, beaucoup de personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille jugent indispensables les conversations avec des pairs et les échanges d'information entre ceux « qui ont déjà connu ça ». Le Comité recommande donc :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 46 | <p><b>Que soient mis en place des programmes permettant de développer des capacités de leadership parmi les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille.</b></p> <p><b>Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) contribue à cette entreprise en facilitant l'accès électronique à l'information et à l'assistance technique à l'intention des personnes ayant une maladie mentale et des membres de leur famille.</b></p> |
|----|---|

Au Canada, comme ailleurs, des programmes ponctuels d'entraide et de soutien par les pairs ont vu le jour et se sont développés sans coordination. Bien que certains aient été financés par les gouvernements, la plupart sont autonomes, fonctionnant avec des budgets très limités et se débattant pour survivre. Complément nouveau et fragile du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, ils ont un avenir assez incertain.

Le Comité reconnaît la valeur des organisations d'entraide et de soutien par les pairs et est conscient des difficultés financières auxquelles beaucoup d'entre elles sont confrontées, partout dans le pays. Il recommande par conséquent :

---

47 **Qu'un financement soit établi par le truchement du Fonds de transition en santé mentale (voir le Chapitre 16) avec pour objectif précis :**

- **d'accroître le nombre de travailleurs rémunérés de soutien des pairs dans les organisations communautaires de santé mentale;**
- **de fournir un financement stable pour renforcer les initiatives existantes de développement favorisant l'entraide, en lancer des nouvelles (y compris les groupes familiaux) et bâtir un réseau d'initiatives d'entraide et de soutien des pairs couvrant tout le pays.**

**Que le gouvernement fédéral donne l'exemple, en développant les programmes innovateurs tels que le Programme national de soutien par les pairs à l'intention des membres actuels des Forces canadiennes et des anciens militaires, et appuie grâce à des niveaux de financement suffisants des programmes d'entraide et de soutien des pairs destinés à la clientèle relevant de la compétence fédérale.**

La recherche axée sur l'entraide et le soutien par les pairs est relativement récente, mais les conclusions sont prometteuses. Les théories sur lesquelles se fondent les quelques études déjà réalisées et les méthodologies employées sont en train d'étendre l'horizon de la recherche d'une manière aussi nouvelle qu'innovatrice. Fait important, les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille participent à la formulation des questions, de même qu'à la collecte et à l'analyse des données et à la diffusion des résultats. De telles pratiques de transfert des connaissances permettent à la santé mentale et au traitement de la toxicomanie de prendre une orientation nouvelle et prometteuse.

Le Comité recommande donc :

---

48 **Que des recherches soient entreprises pour :**

- **quantifier les avantages de l'entraide et du soutien par les pairs pour les participants;**
- **déterminer les économies que le système des soins de santé peut réaliser grâce à des initiatives de soutien par les pairs.**

**Qu'une partie de ces économies soit affectée au financement d'initiatives d'entraide et de soutien par les pairs.**

- 
- |    |  |
|----|--|
| 49 | <b>Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) appuient la recherche sur l'entraide et le soutien par les pairs et, pour retenir les projets de recherche à financer, adoptent un processus d'examen qui favorise et encourage les méthodologies fondées sur la participation que les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille préfèrent et trouvent efficaces.</b> |
|----|--|

Les nouvelles opinions ne sont souvent pas prises au sérieux parce que ceux qui les avancent peuvent exprimer des points de vue divergents. Ils ne s'entendent pas nécessairement entre eux, et le langage qu'ils utilisent peut ne pas refléter les courants dominants. En ce qui concerne les personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie et les membres de leur famille, toutefois, ces voix disparates offrent la perspective d'un dialogue plus riche et plus nuancé entre l'ensemble des intervenants. Elles évoquent aussi la possibilité de mesures améliorées de responsabilisation.

Les « usagers » du système canadien de santé mentale et de traitement de la toxicomanie ont dit au Comité qu'ils ne peuvent pas trouver de services quand ils en ont besoin et que, lorsqu'ils ont la chance d'obtenir de l'aide, ils sont souvent insatisfaits des services qui leur sont dispensés. Ces critiques ne sont ni vagues ni infondées. Elles montrent exactement ce qui ne va pas. Cette précieuse information peut servir à améliorer le ciblage des futurs investissements gouvernementaux et l'obligation de rendre compte des résultats. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 50 | <b>Que les mesures de responsabilisation relatives aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie portent non seulement sur des questions de processus, comme le nombre de visites, les heures de consultation ou les sommes dépensées, mais aussi sur les résultats, comme le respect, la préservation de la dignité et l'insistance sur l'espoir et le rétablissement, car ce sont des aspects qui figurent parmi les principales préoccupations des personnes ayant une maladie mentale et des membres de leur famille.</b> |
|----|--|

Les exigences de responsabilisation qui accompagnent le financement assuré par le gouvernement et de nombreux autres organismes sont lourdes. Les organismes traditionnels ont souvent des employés exclusivement chargés d'établir les rapports qu'exigent leurs bailleurs de fonds. Le fardeau de la collecte de données s'alourdit constamment; les responsables des programmes conventionnels ont l'obligation de tenir des dossiers détaillés aussi bien sur support électronique que sur papier pour décrire les services offerts en fonction des dépenses, tout en se conformant aux mesures de sécurité et à la loi sur la protection des renseignements personnels. Compte tenu de leur nature, les groupes

d'entraide et de soutien par les pairs ne demandent pas de renseignements médicaux privés, certains d'entre eux ne cherchant même pas à connaître le nom et l'adresse des participants.

Il y a de nombreux exemples d'organisations d'entraide qui sollicitent des fonds avec succès, reçoivent des subventions gouvernementales et obtiennent des dons de sources privées. Toutefois, la plupart s'accommodent en permanence d'un budget très minime et n'ont pas les moyens de lancer les initiatives dont leurs membres ont besoin ou d'être présentes lors des importantes rencontres de décision. Beaucoup de ces organisations ont de la difficulté à obtenir des fonds parce qu'elles contestent le système même par lequel passe l'argent. Certaines décident de ne pas solliciter d'argent du gouvernement, craignant d'être soumises à des contraintes pouvant changer leur façon de procéder. Dans cette perspective, le Comité recommande :

---

51	<b>Que les exigences en matière de responsabilisation établies pour les groupes d'entraide et de soutien par les pairs ne soient pas exagérément contraignantes et que l'on fasse en sorte que ces groupes puissent y répondre.</b>
----	---

51	<b>Que des procédures d'agrément et d'accréditation des initiatives d'entraide et de soutien par les pairs, dirigées par les usagers et les familles, soient élaborées et financées pour assurer la qualité et appuyer la contribution unique de ces initiatives.</b>
----	---

Tandis que les organisations traditionnelles affirment que le manque de fonds les empêche d'être efficaces, les groupes marginalisés entendent souvent le contraire : le financement risque de les détourner de leur mission. Le Comité croit que l'avantage qu'il y a à investir dans l'entraide et le soutien par les pairs l'emporte sur le risque d'une altération de cette culture par suite d'effets imprévisibles ou négatifs. L'essentiel est d'assurer l'équilibre entre l'appui financier, l'indépendance et la capacité de se conformer à l'obligation de rendre des comptes.

L'essor du mouvement d'entraide dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie annonce un important changement dans les rapports de force traditionnels de notre système de soins. Avec un financement suffisant et régulier, allié à l'engagement et à la protection continu du gouvernement, il sera possible d'en concrétiser tous les avantages. Par conséquent, le Comité recommande :

---

52	<b>Que les organisations existantes et nouvelles pour les usagers et leur famille soient financées à un niveau annuel durable.</b>
----	--

52	<b>Que de vastes coalitions d'organisations d'entraide et de soutien par les pairs soient constituées et financées pour que les organisations cessent d'être isolées et puissent former des réseaux les unes avec les autres.</b>
----	---



## CHAPITRE 11:

### LA RECHERCHE, L'ÉTHIQUE ET LA VIE PRIVÉE

---

La recherche est cruciale pour recueillir l'information de qualité nécessaire à la planification et à la prestation efficaces de l'éventail complet des services de santé mentale. Elle peut aboutir à des améliorations considérables dans la vie des gens aux prises avec la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Le Comité juge extrêmement important que le Canada consacre les ressources nécessaires à une recherche efficace, à la diffusion des résultats de la recherche, à l'application de ces résultats dans la pratique clinique, à l'élaboration d'un programme national de recherche et à la collecte des données permettant le suivi de la santé mentale au Canada.

Il a été dit au Comité que la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la toxicomanie dresse des obstacles importants qui empêchent les organismes bénévoles de santé d'attirer une publicité convenable, d'obtenir des commandites privées et de recueillir des fonds pour le soutien de la recherche; cette expérience contraste avec celle qui touche les autres groupes de maladies, comme le cancer et les maladies cardiovasculaires. Étant donné la difficulté qu'éprouvent les organismes bénévoles de santé à recueillir des fonds, le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 53 | <b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec des organismes de santé non gouvernementaux pour développer et renforcer leur capacité de financement afin de recueillir davantage de fonds pour la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie.</b> |
|----|--|

Le gouvernement fédéral pourrait accroître les fonds consacrés à la recherche en établissant des partenariats stratégiques avec les secteurs privé et sans but lucratif. Le principal organisme fédéral de financement de la recherche en santé mentale, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), se livre déjà à des activités de partenariat, mais elles pourraient être augmentées. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 54 | <b>Que les Instituts de recherche en santé du Canada cherchent activement d'autres possibilités de partenariats en recherche sur la santé mentale et la toxicomanie avec les secteurs privé et sans but lucratif.</b> |
|----|---|

Des personnes ayant une maladie mentale, des membres de leur famille et des représentants d'organismes bénévoles de santé ont fait part au Comité de leur désir de prendre part à la recherche. Ainsi, ils pourraient participer, le cas échéant, à la formulation de questions de

recherche et leurs représentants pourraient siéger à des comités d'examen. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 55 | <b>Que les Instituts de recherche en santé du Canada officialisent l'implication des organismes non gouvernementaux de santé, des personnes ayant une maladie mentale et des membres de leur famille dans l'établissement des priorités de recherche sur la santé mentale et au niveau de la participation aux comités d'examen par les pairs.</b> |
|----|--|

Les Instituts de recherche en santé du Canada, par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, constituent la principale source de fonds disponibles au Canada pour la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Plusieurs témoins ont dit au Comité, cependant, que les fonds affectés à la recherche ne sont pas proportionnels à l'énorme fardeau que représentent la maladie mentale et la toxicomanie pour la société. Le Comité déplore l'insuffisance des ressources consacrées à la recherche portant expressément sur la maladie mentale et la toxicomanie. Il recommande donc :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 56 | <b>Que le gouvernement du Canada engage 25 millions de dollars par an pour la recherche sur les aspects de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie touchant les essais cliniques, les services de santé et la santé de la population.</b><br><b>Que ces fonds soient administrés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, sous l'autorité d'un conseil multilatéral et en consultation avec la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).</b><br><b>Que ces 25 millions de dollars s'ajoutent au financement actuellement fourni aux IRSC.</b> |
|----|---|

Le budget total des IRSC affectera également les fonds mis à la disposition de secteurs spécifiques, dont la santé mentale et la toxicomanie. Dans son rapport de 2002 sur l'état du système de soins de santé au Canada, le Comité avait demandé que la contribution annuelle du gouvernement fédéral à la recherche sur la santé soit portée à 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé. Le Comité réitère son appui ferme à cet objectif de 1 % et recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 57 | <b>Que le gouvernement du Canada, dans un laps de temps raisonnable, augmente son financement de la recherche en santé de façon à atteindre le niveau de 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé.</b> |
|----|--|

Des mémoires présentés au Comité ont souligné l'importance de la capacité de recherche. Certains témoins ont fait valoir qu'un nombre insuffisant de médecins et d'autres professionnels de la santé participent à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie et que trop peu de cliniciens-chercheurs sont formés pour effectuer des essais cliniques essentiels. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 58 | <b>Que les Instituts de recherche en santé du Canada, par l'intermédiaire de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, augmentent les fonds disponibles dans le but précis de recruter et former des chercheurs et d'effectuer des recherches cliniques sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.</b> |
|----|--|

Une importante préoccupation des chercheurs en santé mentale, maladie mentale et toxicomanie est qu'il n'y a actuellement pas de base de données centrale pour toutes les sources de financement. Il n'y a pas non plus de source d'information autorisée sur la recherche en cours. En conséquence, les chercheurs éprouvent des difficultés à se frayer un chemin non seulement vers les organismes gouvernementaux subventionnaires mais également vers les sources de financement du secteur privé et du secteur sans but lucratif. La mise sur pied d'une base de données centrale aiderait les personnes atteintes de maladie mentale, leurs familles et les organismes bénévoles de santé à connaître les recherches en cours. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 59 | <b>Que le Centre d'échange des connaissances créé par la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) comprenne, entre autres choses, une base de données sur Internet d'organismes et de possibilités de financement de la recherche, dans laquelle seraient indiqués les sujets et les lieux des recherches et, sous forme résumée, les résultats de recherche de tous les ordres de gouvernement, des universités et des organisations non gouvernementales.</b> |
|----|--|

**Que le Centre d'échange des connaissances contribue également à la mise en commun des renseignements en organisant des conférences, des ateliers et des sessions de formation sur la recherche en santé mentale.**

L'application des connaissances consiste à transformer les connaissances obtenues par la recherche en services et en produits plus efficaces. Sans une application effective des connaissances, il est possible que des traitements inefficaces, voire préjudiciables, se poursuivent et que des traitements efficaces fondés sur des données probantes ne soient pas adoptés par les décideurs et les fournisseurs de services de santé mentale. Beaucoup de témoins ont toutefois déclaré au Comité que l'application des connaissances n'est pas bien faite dans la recherche en santé mentale et en toxicomanie. Le Comité recommande donc :

---

**60** **Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, accroissent considérablement leurs efforts en matière d'application des connaissances touchant la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.**

**Que les IRSC collaborent étroitement avec le Centre d'échange des connaissances proposé, afin de faciliter l'échange des connaissances entre les décideurs, les dispensateurs de soins et les groupes de consommateurs.**

Dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, il n'y a pas de politique ou de stratégie de recherche cohérente en vigueur pouvant mener à un suivi cohérent et coordonné des dossiers complexes en jeu. Des témoins ont souligné la nécessité de mieux coordonner les efforts actuellement déployés par les gouvernements fédéral et provinciaux, de concert avec les organisations non gouvernementales et l'industrie pharmaceutique, pour relever les nombreux défis que présentent la maladie mentale et la toxicomanie. Étant donné le rôle de chef de file joué par les IRSC dans le financement de la recherche sur la santé au Canada, le Comité recommande :

---

**61** **Que les Instituts de recherche en santé du Canada, par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, collaborent étroitement avec la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), les chercheurs, les organismes provinciaux et non gouvernementaux de financement de la recherche et les organisations représentant les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, afin d'élaborer un programme national de recherche sur la santé mentale, la maladie et la toxicomanie.**

Le Canada ne dispose actuellement d'aucune vue d'ensemble de l'état de la santé mentale au pays. C'est-à-dire qu'il n'a pas de base d'information nationale sur la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie sous toutes leurs formes. La collecte de données sûres permettra de mieux renseigner les responsables des politiques et les décideurs du gouvernement et de l'extérieur ainsi que les fournisseurs de services et les groupes d'usagers.

L'Agence de santé publique du Canada a récemment décidé de mettre sur pied un programme national de surveillance de la santé mentale. Il y aura cependant beaucoup à faire pour brosser un tableau complet de l'état de la santé mentale au Canada. Le Comité recommande donc :

- |    |   |
|----|---|
| 62 | <p><b>Que l'Agence de santé publique poursuive ses efforts en vue d'élaborer en temps voulu un système national complet de surveillance de la maladie mentale qui incorpore les clauses appropriées en matière de protection de la vie privée.</b></p> <p><b>Que l'Agence de santé publique élargisse la portée des données recueillies de concert avec d'autres organismes, comme l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, ainsi qu'avec d'autres ordres de gouvernement et organismes qui recueillent des données pertinentes.</b></p> <p><b>Que, pour la mise sur pied d'un système national complet de surveillance de la maladie mentale, l'Agence de santé publique collabore avec la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).</b></p> |
|----|---|

La recherche impliquant des participants humains doit être conçue et exécutée conformément aux normes scientifiques et éthiques les plus élevées et doit protéger la dignité des personnes et de leur famille qui font cette contribution inestimable au progrès scientifique. Le Comité estime que la vulnérabilité et les circonstances propres à la maladie mentale et à la toxicomanie soulèvent des questions sur les qualités éthiques de la conception, de l'examen et de la conduite de la recherche qui ne sont pas nécessairement bien prises en considération par l'Énoncé de politique des trois Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Par exemple, la capacité mentale des personnes ayant une maladie mentale de consentir à participer à la recherche peut exister à des niveaux différents et à des degrés divers et peut fluctuer au fil du temps. Le Comité recommande donc :

- 
- 63 Que le Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche effectue une étude impliquant de vastes consultations pour savoir si l'Énoncé de politique des trois Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains offre des protections adéquates et une orientation suffisante pour les recherches impliquant des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie. Le groupe devrait également explorer la possibilité d'utiliser les porte-parole des patients dans le cas de personnes atteintes de maladie mentale qui participent à des recherches.

## CHAPITRE 12: LA TÉLÉSANTÉ MENTALE AU CANADA

---

Le concept de télésanté mentale (télémédecine et télépsychiatrie) désigne les services qui sont dispensés à distance pour les soins de santé mentale au moyen de différentes technologies de l'information et des communications. Ces technologies peuvent servir à diverses fins, dont le diagnostic, le traitement, la formation, l'éducation et la consultation.

Le nombre de projets pilotes et de programmes de télésanté locaux et régionaux a augmenté considérablement au cours de la dernière décennie. Néanmoins, une observation commune formulée par les témoins était qu'il faudrait davantage de ressources pour que les programmes de télésanté puissent atteindre leur plein potentiel.

La télésanté mentale est l'un des services de télésanté les plus fréquemment utilisés parce que le processus de diagnostic psychiatrique n'est pas principalement physique; il repose plutôt sur la communication verbale et non verbale. L'avantage le plus fréquemment cité du déploiement plus systématique de la télésanté mentale (et de tous les services de télésanté) est sa capacité d'accroître l'accès aux services de santé mentale et autres dans les collectivités rurales et éloignées. C'est d'une importance particulière pour de nombreuses Premières nations et collectivités inuites.

En fournissant des services « discrets » aux utilisateurs, la télésanté mentale offre l'avantage supplémentaire de contribuer à régler le problème de la stigmatisation associé aux services de santé mentale.

La réglementation et le financement de la télésanté mentale exigent cependant des accords d'autorisation entre les divers secteurs de compétence où se trouvent les professionnels de la santé participants. Même si certaines provinces ont des accords d'autorisation pour la pratique transfrontière, ce n'est pas le cas pour la plupart. Le Comité recommande donc :

---

64	<b>Que les provinces et territoires collaborent pour mettre en œuvre des accords d'autorisation et des politiques de rémunération qui permettront de développer les initiatives de télésanté mentale partout au pays.</b>
----	---

64	<b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec les provinces et les territoires en vue d'identifier et de résoudre tous les problèmes d'autorisation d'exercer et de rémunération qui sont en suspens.</b>
----	--

Le financement et la durabilité posent un problème important pour de nombreux programmes, en particulier dans le Nord où les frais de télécommunications sont très élevés. Pour le Comité, il est important que le gouvernement fédéral contribue au déploiement d'initiatives de télésanté mentale dans tout le pays.

Avec le temps, et une fois que les infrastructures seront en place, il devrait être possible pour les provinces et les territoires d'utiliser les économies, en frais de transport et autres, découlant de l'implantation des services de télésanté mentale pour financer les coûts d'exploitation de ces services. Entre-temps, dans le but de faciliter la transition vers cette « situation stable », le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 65 | <b>Que les initiatives de télésanté mentale soient admissibles à un financement par le biais du Fonds de transition en santé mentale (voir le Chapitre 16).</b> |
|----|---|

En outre, Richard Alvarez, président et chef de la direction de l'Inforoute Santé du Canada, a informé le Comité d'une restriction dans son accord de financement conclu avec le gouvernement fédéral à propos de la télésanté : l'ISC peut seulement couvrir jusqu'à 50 % des coûts admissibles des projets de télésanté. Le Comité pense, comme M. Alvarez, que cette restriction devrait être abolie et recommande par conséquent :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 66 | <b>Que l'accord de financement entre l'Inforoute Santé du Canada et le gouvernement du Canada soit révisé de telle sorte que l'Inforoute Santé du Canada ne soit plus obligée de ne couvrir qu'un maximum de 50 % des coûts admissibles des projets de télésanté et puisse fixer, pour ses investissements dans les projets de télésanté, le même ratio que dans les autres projets.</b> |
|----|--|

Sans informations cohérentes et fiables concernant la télésanté mentale comme méthode efficace de prestation de soins, les régies de la santé et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé sont peu enclins, et c'est compréhensible, à financer de nouveaux projets. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 67 | <b>Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) collabore avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec d'autres organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé, dans le but de mesurer la rentabilité de la prestation des soins de télésanté mentale comparativement aux modes de prestation traditionnels.</b><br><b>Que le Centre d'échange des connaissances contribue au développement d'outils d'évaluation pour les services de télésanté mentale.</b> |
|----|---|



De nombreux fournisseurs de soins de santé mentale ne sont toujours pas familiers avec la télésanté mentale, restent sceptiques quant à son utilité et, de fait, ne se sentent pas capables de l'utiliser efficacement. Même si certains s'efforcent activement, à l'heure actuelle, d'acquérir et d'améliorer les compétences particulières requises pour dispenser des soins par la télésanté, d'autres demeurent réfractaires. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 68 | <b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) encourage l'inclusion de cours en télésanté mentale dans les écoles de médecine et qu'elle collabore avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les organismes professionnels concernés, pour offrir aux actuels fournisseurs de soins de santé mentale de l'information sur la télésanté mentale par le biais de son Centre d'échange des connaissances.</b> |
|----|---|



## CHAPITRE 13: LE RÔLE DIRECT DU FÉDÉRAL<sup>5</sup>

---

Le gouvernement fédéral est responsable des programmes et services de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie offerts à sept groupes de clients : Premières nations et Inuits; délinquants sous responsabilité fédérale; membres des Forces armées canadiennes; anciens combattants; membres de la GRC; immigrants et réfugiés; employés de la fonction publique fédérale. Une stratégie fédérale globale est essentielle pour améliorer la santé de tous les groupes visés compte tenu des besoins particuliers de chacun. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 86 | <p><b>Que le gouvernement fédéral élabore une stratégie de santé mentale applicable à l'ensemble de la clientèle fédérale, tout en tenant compte des besoins particuliers de chaque groupe;</b></p> <p><b>Que cette stratégie fixe des objectifs, notamment un calendrier de mise en œuvre et d'évaluation subséquente;</b></p> <p><b>Que la stratégie ait pour objectif de faire du gouvernement fédéral un employeur modèle et un fournisseur modèle de service à ses divers clients.</b></p> |
|----|---|

Le gouvernement fédéral a toujours été un chef de file dans l'élaboration des grands principes de santé publique. Il a l'obligation d'appliquer ces grands principes à sa propre clientèle dans le domaine des services de santé mentale. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 87 | <p><b>Que la stratégie de santé mentale que le gouvernement fédéral mettra au point s'inscrive dans une optique de santé publique et mise sur les facteurs déterminants de la santé mentale, et plus particulièrement sur les facteurs économiques, éducationnels, professionnels et sociaux qui ont une incidence sur la santé mentale de tous les clients fédéraux.</b></p> <p><b>Que le gouvernement fédéral fasse rapport au Parlement en 2008 de ce qu'il entend mettre en œuvre comme stratégie de santé publique destinée aux clients fédéraux.</b></p> |
|----|--|

---

<sup>5</sup> Aux fins du résumé, l'ordre des recommandations de ce chapitre a été légèrement modifié. Les six premières recommandations présentées ci-après se trouvaient à la fin du chapitre dans le rapport intégral.

Le gouvernement fédéral doit aussi prendre l'initiative de la lutte contre la stigmatisation associée à la santé mentale parmi ses groupes de clients. Le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 88 | <b>Que le gouvernement fédéral élabore et mette immédiatement sur pied une campagne de lutte contre la stigmatisation pour aider tous ses groupes de clients.</b> |
|----|---|

Dans le contexte d'une stratégie fédérale globale, l'exercice d'un rôle concerté d'ombudsman fédéral pour des questions précises de santé mentale exigera que des postes déjà établis dans des ministères soient reliés à d'autres postes recommandés par le Comité. De cette façon, une surveillance objective des politiques, des programmes et des activités touchant la santé mentale sera assurée dans tous les ministères et organismes fédéraux. Le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 89 | <b>Que le gouvernement fédéral crée un mécanisme central de coordination des activités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, programmes et services relatifs à la santé mentale dans l'ensemble de ses ministères et organismes.</b><br><b>Que cette entité fédérale travaille en collaboration avec l'Enquêteur correctionnel, l'Ombudsman des Forces canadiennes et le Comité externe d'examen de la GRC et les autres instances semblables qui seront créées par les ministères pour faire en sorte que les besoins de chaque groupe client soient satisfaits.</b><br><b>Que cette entité fédérale coordonne et supervise les activités de ces diverses instances dans leur travail d'enquête et de résolution des préoccupations soulevées par les groupes de clients fédéraux concernant des services de santé mentale qui leur sont offerts.</b><br><b>Que cette entité fédérale fasse un rapport annuel au Parlement.</b> |
|----|--|

Le grand nombre de régimes d'assurance à la disposition des clients fédéraux ne sont pas soumis à des règles uniformes concernant la production de rapports et l'évaluation. Le Comité recommande donc :

- 
- 90 **Que le gouvernement fédéral entreprenne immédiatement une évaluation de tous les régimes d'assurance mis à la disposition de ses clients afin d'en déterminer l'efficacité et l'applicabilité.**
- Que cette évaluation comprenne une appréciation comparative des avantages, de la protection en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, des frais administratifs, et des résultats obtenus dans le cas de chaque régime d'assurance.**
- Que cette évaluation des régimes d'assurance fasse l'objet d'un rapport déposé au Parlement en 2008.**

Une approche coordonnée de la production de rapports s'impose dans les différents ministères pour que le Parlement dispose de l'information globale dont il a besoin pour prendre des décisions législatives et budgétaires qui touchent les clients dont le gouvernement fédéral a la responsabilité directe. Le Comité recommande donc :

- 
- 91 **Que tous les ministères fédéraux qui ont la responsabilité directe d'offrir des programmes et services à certains groupes de clients – notamment les Premières nations et les Inuits, les délinquants sous responsabilité fédérale, les immigrants et les réfugiés, les anciens combattants, les Forces canadiennes, la GRC et les employés de la fonction publique fédérale – produisent un rapport annuel qui décrit la responsabilité fédérale et les programmes et services fédéraux et qui indique dans quelle mesure ceux-ci répondent aux besoins de santé mentale des clients visés.**
- Que ce rapport comprenne un relevé annuel de leurs programmes et services respectifs ainsi qu'une comparaison sur trois ans.**
- Que ce relevé décrive clairement, pour chaque programme ou service et par exercice financier, les critères d'admissibilité, le nombre de clients desservis, les budgets accordés et les sommes dépensées, et présente une évaluation des résultats obtenus par rapport aux facteurs déterminants de la santé mentale.**
- Que ce relevé soit déposé au Parlement tous les ans à compter de 2008.**

## LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Affaires indiennes et du Nord Canada fournit des services de base aux Premières nations des réserves et aux communautés inuites : éducation, soutien du revenu, logement et prévention de la violence familiale. Santé Canada offre des soins de santé mentale communautaires aux Premières nations qui vivent dans des réserves, ainsi que des médicaments non assurés, des interventions de courte durée pour les crises en santé mentale et des mesures de traitement des toxicomanies pour les membres des Premières nations et les Inuits admissibles.

Malgré les efforts des ministères, beaucoup de problèmes sérieux continuent d'avoir des effets négatifs sur la santé mentale : logements et éducation inadéquats, manque d'infrastructures et d'emplois et mesures de développement économique incohérentes. Des obstacles administratifs et la répartition des pouvoirs entravent l'accès aux services nécessaires, ce qui empêche de répondre à de nombreux besoins. La création d'un mécanisme est nécessaire pour tenir le gouvernement fédéral responsable de la santé mentale des membres des Premières nations et des Inuits. Le Comité recommande donc :

---

<b>69</b>	<b>Que le gouvernement fédéral crée, pour les Premières nations et les Inuits, une instance fédérale semblable à celle de l'Enquêteur correctionnel, de l'Ombudsman des Forces canadiennes ou du Comité externe d'examen de la GRC.</b>
-----------	---

**Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur diverses préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits.**

**Que le ou la responsable de cette instance soit, si possible, d'origine autochtone.**

**Que cette instance fasse rapport tous les ans au Parlement.**

Bien que le gouvernement fédéral se soit engagé à produire des rapports exhaustifs fondés sur des indicateurs de santé distincts, propres à chaque groupe autochtone, le Comité craint que le Parlement et les ministères continuent de ne pas avoir accès à l'information complète dont ils auront besoin pour prendre des décisions dans les cinq prochaines années. Il recommande donc :

---

<b>70</b>	<b>Qu'Affaires indiennes et du Nord Canada, Santé Canada et tout autre ministère ayant la responsabilité directe de programmes ou de services offerts aux Premières nations et aux Inuits établissent un relevé annuel de leurs programmes et services respectifs, pour l'année en cours et les cinq dernières années.</b>
-----------	--

**Que ce relevé comprenne une description claire de chaque programme ou service, par exercice; des critères d'admissibilité; du nombre respectif de clients des Premières nations et des Inuits desservis par le programme, par lieu géographique; des budgets consentis et des sommes dépensées; ainsi que toute évaluation ayant été réalisée des résultats obtenus relatifs aux facteurs déterminants de la santé mentale.**

**Que ce relevé soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.**

Mais surtout, la configuration actuelle des ministères fédéraux, avec leurs fondements législatifs et politiques respectifs, ne fait rien actuellement pour améliorer le sort des Premières nations et des Inuits. Le Comité recommande donc :

---

**71 Que le gouvernement fédéral fasse immédiatement réaliser une étude indépendante des modalités fédérales de prestation des programmes et services se rapportant à la santé des Premières nations et des Inuits dans son ensemble.**

**Que cette étude envisage diverses possibilités de prestation de ces services; fasse une évaluation claire de ces possibilités; et aboutisse au dépôt d'un rapport complet au Parlement, assorti de recommandations, en 2008.**

## **LES DÉLINQUANTS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE**

Pour les délinquants sous responsabilité fédérale, Service correctionnel Canada offre : une évaluation infirmière en santé mentale à l'accueil; l'admission à un centre de traitement si nécessaire et si possible; les services généraux en établissement ordinaire; les services essentiels en centre correctionnel communautaire.

Beaucoup de ces services ont toutefois été qualifiés d'inadéquats ou d'insuffisamment accessibles. Afin d'en arriver, pour les délinquants fédéraux tant en milieu carcéral qu'en milieu de transition, à des normes de soins de santé mentale qui sont équivalentes à celles dont bénéficie la population en général, le Comité recommande :

---

**72 Que Service correctionnel Canada (SCC) élabore et mette en œuvre un ensemble de normes en soins de santé mentale applicable dans les établissements carcéraux et en milieu de transition, qui soit équivalent aux normes en vigueur dans les milieux accessibles à la population générale.**

Que les normes de SCC soient fondées sur des données statistiques portant sur les délinquants sous responsabilité fédérale, leurs problèmes de santé mentale et de toxicomanie, notamment la prévalence de la maladie mentale, les traitements utilisés (psychothérapie, médication, etc.), les taux d'hospitalisation, etc.

Que la mise en œuvre par SCC de cet ensemble de normes fasse l'objet d'un examen annuel confié à un organisme indépendant ayant des compétences dans le domaine de la santé mentale, comme la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).

Que les données servant de toile de fond aux normes soient rendues publiques et mises à la disposition des chercheurs à des fins d'analyse indépendante.

Que l'évaluation de rendement soit déposée au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Diverses mesures sont nécessaires pour améliorer l'évaluation de la santé mentale des délinquants au moment de leur arrivée, ainsi que les traitements et les soins réguliers qui leur sont dispensés. Le Comité recommande :

---

73 Que Service correctionnel Canada fasse réaliser, par un professionnel reconnu, une évaluation clinique complète de la santé mentale de chaque délinquant, au plus tard dans les sept jours civils suivant son arrivée à l'unité de réception, afin de déterminer ses besoins en matière de soins de santé mentale ou de toxicomanie.

Que Service correctionnel Canada donne aux agents correctionnels et autres membres du personnel, dès leur entrée en fonction, une formation leur permettant de faire la distinction entre une crise de santé mentale et un problème de sécurité.

Que Service correctionnel Canada mette des services de psychothérapie à la portée des délinquants qui en ont médicalement besoin, et que ces services soient offerts par un psychiatre, un psychologue, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé n'ayant pas la responsabilité d'évaluer le risque posé par le délinquant.

Que Service correctionnel Canada augmente la capacité de ses centres de traitement en y ajoutant des lits et du personnel.

Que Service correctionnel Canada mette immédiatement en œuvre dans tous les établissements correctionnels fédéraux des mesures de réduction du préjudice.



Service correctionnel Canada doit veiller à ce qu'une fois mis en liberté, les délinquants continuent de recevoir des soins. Le Comité recommande :

- |    |  |
|----|--|
| 74 | <b>Que Service correctionnel Canada mette sur pied un système de prise en charge qui garantisse aux délinquants l'accès aux traitements de santé mentale dont ils ont besoin après leur mise en liberté, notamment l'accès, sans frais, aux médicaments nécessaires jusqu'à ce qu'ils bénéficient des services communautaires provinciaux ou territoriaux.</b> |
|----|--|

## **LES FORCES ARMÉES CANADIENNES**

Le ministère de la Défense nationale offre des services de santé mentale non urgents en clinique externe dans les cliniques des bases, les centres de santé ou les groupes de soutien; des services de santé mentale spécialisés (achetés à la province); l'aiguillage vers des centres de soutien pour traumatismes et stress opérationnels. Les préoccupations portent sur le recrutement de professionnels suffisamment qualifiés et sur la question de savoir si l'aveu d'une maladie mentale risque de provoquer la fin d'une carrière militaire.

Il existe un bon nombre de nouveaux programmes et services de santé mentale, qui devraient maintenant être évalués. Le Comité recommande :

- |    |  |
|----|--|
| 75 | <b>Que le ministère de la Défense nationale fasse le relevé annuel de ses programmes et services de santé mentale.</b><br><b>Que ce relevé comprenne une description claire de chaque programme ou service comprenant le nombre de clients desservis, les budgets consentis et les sommes dépensées, et une évaluation des résultats obtenus.</b><br><b>Que ce relevé soit déposé au Parlement tous les ans à compter de 2008.</b> |
|----|--|

Le ministère peut faire plus pour améliorer le réseau d'entraide et répondre aux besoins des militaires aux prises avec des traumatismes et stress opérationnels, ainsi qu'à ceux de leur famille. Le Comité recommande :

76	<p><b>Que la Défense nationale exige de tout le personnel médical qu'il reçoive une formation relative aux traumatismes liés au stress opérationnel et que cette formation comprenne notamment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la consignation du détail des antécédents militaires et des circonstances ayant produit le traumatisme;</li> <li>• la reconnaissance/détection des symptômes du traumatisme lié au stress opérationnel;</li> <li>• la connaissance des diverses modalités de traitement;</li> <li>• les méthodes de suivi à long terme.</li> </ul> <p><b>Que la Défense nationale mette cette information à la disposition du personnel médical civil, au moyen de publications, de séminaires ou par d'autres tribunes publiques.</b></p> <p><b>Que la Défense nationale étudie les moyens de promouvoir le recours plus large aux réseaux d'entraide et la mise à contribution accrue de la famille et de la collectivité.</b></p>
----	--

Les réservistes qui travaillent pour la Défense nationale ont besoin de plus de temps pour faire la transition entre la force régulière et la force de réserve et pour subir des évaluations médicales adéquates, notamment sur la possibilité de traumatisme lié au stress opérationnel. Le Comité recommande :

77	<p><b>Que la Défense nationale évalue les programmes et services actuellement offerts aux réservistes en matière de problèmes de santé mentale résultant de leur mobilisation, notamment les services visant le stress post-traumatique et la toxicomanie, et qu'elle fasse rapport au Parlement.</b></p>
----	---

## **LES ANCIENS COMBATTANTS**

Les anciens combattants qui ont des problèmes de santé mentale forment un groupe diversifié ayant besoin d'un large éventail de services. Anciens Combattants Canada offre des services communautaires de santé mentale en plus de ceux offerts par la province ou le territoire; des soins institutionnels de santé mentale à Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) et dans des hôpitaux contractants d'autres provinces; des services partagés avec la Défense nationale pour traumatismes et stress opérationnels.

Le Parlement n'est peut-être pas au courant de tous les efforts fédéraux qui sont faits pour aider les anciens combattants frappés d'invalidité à faire la transition vers la vie civile et pour leur donner une bonne qualité de vie. Le Comité recommande donc :

- |    |   |
|----|---|
| 78 | <p><b>Qu'Anciens Combattants Canada, conjointement avec le ministère de la Défense nationale, établisse un relevé annuel des programmes et services de santé mentale, indiquant le nombre de clients desservis, les budgets accordés et les sommes dépensées, et les résultats obtenus.</b></p> <p><b>Que ce rapport soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.</b></p> |
|----|---|

Il serait bon d'avoir un organisme indépendant et objectif chargé d'étudier les griefs des anciens combattants et de faire des recommandations. Le Comité recommande :

- |    |   |
|----|---|
| 79 | <p><b>Que le gouvernement du Canada crée à l'intention des anciens combattants une instance semblable à celle de l'Enquêteur correctionnel, de l'Ombudsman des Forces canadiennes ou du Comité externe d'examen de la GRC.</b></p> <p><b>Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des anciens combattants.</b></p> <p><b>Que cette instance fasse rapport tous les ans au Parlement.</b></p> |
|----|---|

## **LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA**

La GRC autorise le recours aux services provinciaux si nécessaire et offre des services de santé généraux dans ses divisions régionales pour garantir la capacité physique et mentale nécessaire à l'exercice des fonctions. Les employés de la GRC se préoccupent de la charge de travail, de la formation, du soutien familial et de la gestion du stress, ainsi que de questions touchant les pensions et le départ de la GRC. Pour eux, le counseling après un événement traumatisant, l'aide pour la transition à la vie civile et la formation sur les contacts avec le public et la maladie mentale dans leurs rangs sont tous des nécessités. Le Comité recommande :

- 
- |    |   |
|----|---|
| 80 | <p>Que le gouvernement fédéral subventionne un programme de formation des membres de la GRC sur la maladie mentale et les toxicomanies.</p> <p>Que la GRC publie dès que possible en 2006 les résultats de l'analyse réalisée par le groupe de travail chargé d'étudier la question de l'invalidité à la GRC et les besoins en programmes et services.</p> <p>Que la GRC crée un programme d'entraide pour ses membres, inspiré du modèle d'ACC/MDN dans le domaine du stress post-traumatique.</p> <p>Que la GRC inscrive ces initiatives ainsi que d'autres programmes et services dans un relevé annuel des programmes et services offerts aux agents de la GRC.</p> <p>Que ce relevé soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.</p> |
|----|---|

Le Comité externe d'examen est bien placé pour analyser plus en profondeur les besoins en santé mentale des membres de la GRC. Le Comité recommande :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 81 | <p>Que le Comité externe d'examen de la GRC procède à l'analyse des besoins de santé mentale des membres actifs et retraités de la GRC et fasse rapport au Parlement d'ici 2007.</p> |
|----|--|

## LES IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Les gens qui entrent au Canada en qualité d'immigrants ou de réfugiés forment un groupe hétérogène; ils ont des besoins diversifiés et doivent recevoir des soins adaptés à leurs réalités culturelles. Après l'admission, Citoyenneté et Immigration Canada offre des services de santé mentale essentiels et urgents à ceux qui ne peuvent pas se les payer.

Un organisme externe doit être établi pour assurer une supervision et évaluer la façon dont le gouvernement fédéral remplit ses engagements auprès des immigrants et des réfugiés. Le Comité recommande donc :

- 
- |    |  |
|----|--|
| 82 | <p>Que le gouvernement fédéral crée une instance pour les immigrants et les réfugiés, semblable à l'Enquêteur correctionnel, à l'Ombudsman des Forces canadiennes ou au Comité externe d'examen de la GRC.</p> |
|----|--|

**Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des immigrants et des réfugiés.**

**Que cette instance fasse rapport au Parlement tous les ans.**

Il est essentiel de pouvoir offrir des programmes et des services de santé mentale dans la langue des immigrants et des réfugiés pour assurer leur intégration harmonieuse et leur bien-être mental. Le Comité recommande :

---

**83** **Que Citoyenneté et Immigration Canada établisse un relevé annuel des ses programmes et services relatifs à la santé mentale, en indiquant notamment le nombre de clients desservis, les budgets consentis et les sommes dépensées, et les résultats obtenus, et en fasse rapport au Parlement à compter de 2008.**

**Que Citoyenneté et Immigration Canada, pour faciliter l'accès aux cours de langues officielles, augmente les allocations de formation, améliore les horaires de cours et offre les cours dans des lieux plus accessibles.**

## **LES EMPLOYÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE FÉDÉRALE**

Le Conseil du Trésor, l'employeur de la fonction publique fédérale, est le grand responsable des relations de travail, des pensions et des avantages sociaux, de même que de la rémunération du personnel civil et militaire. Il prend en charge les services et autres avantages non couverts par les régimes d'assurance provinciaux ou territoriaux; de plus, il offre des services de counseling à quelque 450 000 employés.

Les fonctionnaires fédéraux occupent des postes diversifiés dans tout le pays et sont confrontés à un stress accru et à un soutien limité dans leurs milieux de travail. Le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, aurait tout intérêt à établir des liens avec d'autres employeurs en vue d'établir des pratiques exemplaires dans ses propres milieux de travail, et notamment d'éliminer l'opprobre qui entoure la maladie mentale. Le Comité recommande donc :

- 
- 84 **Que le gouvernement fédéral s’inspire du modèle établi par la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness pour coordonner ses politiques, programmes et services interministériels relatifs à la maladie mentale.**
- Que le gouvernement fédéral, en tant qu’employeur, fasse alliance avec d’autres secteurs et ordres de gouvernement, et notamment avec la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness, pour stimuler et faciliter la mise en commun de pratiques exemplaires pouvant favoriser le mieux-être en milieu de travail et une meilleure santé mentale chez les employés.**
- Qu’en élaborant ses stratégies de promotion de la santé mentale en milieu de travail, le gouvernement fédéral mette l’accent sur des mesures pouvant réduire et, avec le temps, éliminer la stigmatisation de la maladie mentale.**

Il est essentiel d’évaluer les programmes régulièrement pour voir s’ils atteignent leurs objectifs et répondent à des besoins réels. Par conséquent, le Comité recommande :

- 
- 85 **Que l’Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique procède à l’évaluation annuelle des politiques, programmes et activités mises en place par le gouvernement fédéral afin de promouvoir la santé mentale dans la fonction publique.**
- Que ces évaluations se fondent sur des indicateurs de rendement clairs et notamment sur des sondages d’opinion servant à déterminer le degré de satisfaction des employés.**
- Que les évaluations servent de base à la modification des politiques, des programmes et des activités afin qu’ils soient mieux adaptés aux besoins des employés.**
- Que les résultats de ces évaluations, et les modifications qui en ont résulté, fassent l’objet d’un rapport annuel au Parlement à compter de 2008.**

## CHAPITRE 14: LES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA

---

Les peuples autochtones ne constituent pas une entité homogène. Les Premières nations, les Inuits et les Métis ont un urgent besoin de stratégie de bien-être et de guérison englobant tous les groupes autochtones – Indiens (inscrits et non inscrits), Métis et Inuits – de toutes les régions du Canada. Il faut concevoir des approches aptes à répondre aux besoins spécifiques de chaque groupe particulier en matière de services et de programmes de santé mentale, des approches qui s’inspirent des appels qu’ont lancés à maintes reprises les peuples autochtones pour obtenir le pouvoir et la compétence au niveau de la collectivité, l’accommodement culturel et l’égalité d’accès.

Il faut mettre en place des mécanismes permanents à l’échelle nationale pour que l’on puisse connaître le point de vue des peuples autochtones et le traduire en gestes concrets. L’un des membres ne faisant pas partie du gouvernement du conseil d’administration de la Commission canadienne de la santé mentale proposée doit être d’origine autochtone et l’un des deux comités consultatifs doit être un Comité consultatif des Autochtones. Le Comité souligne la recommandation présentée au Chapitre 16 :

---

92	<b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse un Comité consultatif des Autochtones composé de représentants des communautés autochtones, dont elle établira la composition en consultation avec des organismes autochtones de manière à représenter les Premières nations, les Inuits et les Métis et refléter globalement la répartition géographique des collectivités autochtones dans le pays.</b>
----	---

Le Comité consultatif des Autochtones devrait contribuer de façon cruciale à l’entreprise plus vaste et à plus long terme qui consistera à mettre sur pied une stratégie particulière en matière de bien-être et de guérison à l’intention des peuples autochtones. Le Comité recommande :

---

93	<b>Qu’en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), avec la participation pleine et entière de son Comité consultatif des Autochtones, élabore une stratégie en matière de bien-être et de guérison sur le plan de la santé mentale pour l’ensemble des peuples autochtones.</b> <b>Que la stratégie énonce des buts, ainsi qu’un calendrier d’application, et des recommandations sur la façon d’évaluer les résultats.</b>
----	---

**Que la stratégie prévoie des approches distinctes pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.**

Les facteurs qui encouragent le bien-être des peuples autochtones — appui à la famille et à la collectivité, débouchés économiques, sécurité sociale et physique, etc. — sont ceux qui, s'ils font défaut, créent la nécessité d'une guérison. Le Comité recommande :

- 94 **Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), en consultation avec son Comité consultatif autochtone, élabore, en tant que composante intégrale de la stratégie en matière de bien-être et de guérison dans le domaine de la santé mentale, un plan qui :**
- **dégagerait les principaux déterminants de la santé;**
  - **évaluerait l'effet de ces déterminants sur la santé mentale;**
  - **préciserait les mesures à mettre en place et**
  - **établirait les calendriers et les niveaux de financement nécessaires pour encourager bien-être et guérison.**

Un niveau sans précédent de collaboration intergouvernementale et de leadership fédéral est nécessaire pour enrayer l'épidémie de problèmes mentaux, de suicides et de toxicomanie notamment, que connaissent les peuples autochtones. Pour qu'un plan d'action et une stratégie réussissent, il faut régler cette ambivalence sur le plan des champs de compétence ou du moins les remplacer par des énoncés clairs de responsabilités. Le Comité recommande donc :

- 95 **Que le gouvernement du Canada crée un Comité interministériel composé de sous-ministres des ministères assumant une responsabilité à l'égard des peuples autochtones et présidé par le Bureau du Conseil privé.**
- Que ce Comité interministériel prépare un rapport qu'il déposera au Parlement tous les deux ans sur l'incidence du travail de ces ministères sur le bien-être des peuples autochtones et, notamment, mais sans s'y limiter, sur leur santé mentale.**
- Que le rapport sur le bien-être des Autochtones comporte une liste de tous les programmes et services fédéraux propres à chaque groupe de peuples autochtones et précise les dépenses effectuées et l'incidence de ces dernières sur les résultats obtenus sur le plan de la santé et, notamment, de la santé mentale;**



**Que le Comité interministériel appuie des groupes de travail composés de représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis et chargés de fournir des renseignements et des conseils et de vérifier le rapport.**

Le but est de mettre en place un système sans interruption pour promouvoir le bien-être, non seulement des peuples des Premières nations et des Inuits, mais également de l'ensemble des peuples autochtones. Le gouvernement fédéral n'est pas tenu de fournir tous les programmes et services, mais il doit accepter qu'il a l'entière responsabilité de les fournir. Quelle que soit l'autorité chargée de la prestation des programmes et services nécessaires, il est crucial que les pouvoirs soient clairement énoncés et les résultats suivis de près. Le Comité recommande :

- 
- 96** **Que le gouvernement du Canada travaille en étroite collaboration avec les provinces et territoires et les représentants des diverses collectivités autochtones à la mise sur pied des programmes et services jugés nécessaires par les peuples autochtones.**
- Que les critères de conception et de prestation des programmes et services jugés nécessaires tiennent compte du fait qu'il est important d'accroître la participation de la collectivité et d'assurer l'accommodement culturel et l'égalité d'accès.**
- Que tout mode de prestation de ces programmes et services comporte un mécanisme permanent de surveillance et d'évaluation par le public des résultats qu'aura obtenus l'organisme qui en assure le financement.**
- Que les critères de financement et de reddition de comptes soient rendus publics.**

La Fondation autochtone de guérison s'est attaquée aux séquelles des violences et des incidences intergénérationnelles, entre autres, des blessures sociales, psychologiques, culturelles et spirituelles. Le Comité recommande :

- 
- 97** **Que le gouvernement du Canada renouvelle le mandat de la Fondation autochtone de guérison et en assure le financement pendant trois autres années.**
- Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) et son Comité consultatif autochtone entreprennent une évaluation de l'efficacité et de l'efficacités de la Fondation autochtone de guérison.**

**Que les résultats de l'évaluation s'assortissent de recommandations concernant l'avenir de la Fondation autochtone de guérison et soient rendus publics.**

Il faut s'efforcer tout particulièrement d'accroître le nombre d'Autochtones qui poursuivent des carrières dans le domaine de la santé mentale. Il faut de toute urgence mettre en place des approches qui tiennent compte de la culture de manière à pouvoir former et conserver des psychiatres, des psychologues, des infirmiers en santé mentale, des travailleurs sociaux autochtones, entre autres professionnels de la santé. Le Comité recommande :

- 
- 98** **Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les universités et collèges à l'établissement de cibles claires concernant les ressources autochtones en santé humaine.**
- Que le gouvernement du Canada finance des mesures visant à faciliter spécifiquement l'inscription des Autochtones à des programmes d'études menant à une carrière dans le secteur de la santé mentale.**
- Que le gouvernement du Canada accroisse son appui financier et social aux étudiants autochtones qui poursuivent ce type d'études.**

La Commission canadienne de la santé mentale proposée aura un rôle à jouer dans l'élaboration de protocoles et de normes cohérentes, dans la compréhension des facteurs de risque et dans l'organisation d'un programme national de recherche sur le suicide. Conscient du besoin criant de mesures immédiates qui soient adaptées à la culture des intéressés, le Comité recommande :

- 
- 99** **Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des mesures visant à réduire les taux de suicide alarmants chez les peuples autochtones.**
- Que l'établissement de ces mesures fasse partie de son action prioritaire en matière de stratégie de guérison et de bien-être pour les autochtones.**
- Que le gouvernement du Canada mette sur pied un fonds conçu expressément pour lutter contre le suicide qui tienne compte des besoins distincts de chaque groupe d'Autochtones.**

**Que ce fonds comprenne des affectations particulières pour que l'on puisse mettre en place toutes les mesures que la Commission canadienne de la santé mentale aura prévues, pour que les Instituts de recherche en santé du Canada puissent intensifier leurs recherches sur le sujet et pour que l'Institut canadien d'information sur la santé, en collaboration avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, puisse réunir des données précises sur la question.**

La corrélation entre alcoolisme, toxicomanie et suicide, entre autres problèmes sociaux, exige une approche concertée en matière d'hygiène publique et une évaluation soigneuse des meilleurs moyens d'obtenir des résultats concrets. Le Comité recommande :

- |     |   |
|-----|---|
| 100 | <p><b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des mesures visant à réduire les taux alarmants d'alcoolisme et de toxicomanie chez les peuples autochtones.</b></p> <p><b>Que l'établissement de ces mesures fasse partie de son programme prioritaire visant une stratégie de guérison et de bien-être des Autochtones.</b></p> <p><b>Que le gouvernement du Canada établisse un fonds affecté exclusivement à la lutte contre les toxicomanies qui tienne compte des besoins distincts de chaque groupe d'Autochtones.</b></p> <p><b>Que ce fonds comprenne des affectations particulières pour que l'on puisse mettre en place toutes les mesures que la Commission canadienne de la santé mentale aura prévues, pour que les Instituts de recherche en santé du Canada puissent intensifier leurs recherches sur le sujet et pour que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, puisse réunir des données précises sur la question.</b></p> |
|-----|---|

Faute d'un tableau clair, complet et exact de la situation dans laquelle se trouvent actuellement les populations indiennes, inuites et métisses, il sera extrêmement difficile de fixer des normes et des cibles et de prévoir les ressources nécessaires pour mettre sur pied des programmes et services qui amélioreront effectivement le bien-être général des peuples autochtones. Le Comité recommande :

- 
- |     |  |
|-----|--|
| 101 | <p><b>Que le gouvernement du Canada travaille avec l'Organisation nationale de la santé autochtone à l'évaluation de la pertinence de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations, comme modèle de collecte de données sur d'autres peuples autochtones.</b></p> <p><b>Que l'Institut canadien d'information sur la santé soit encouragé à fournir une analyse des déterminants de la santé pour chacun des peuples autochtones</b></p> <p><b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour que l'on comprenne mieux les causes et l'incidence des maladies mentales.</b></p> |
|-----|--|

Il faut investir à long terme pour guérir les souffrances qu'ont subies les peuples autochtones. Depuis longtemps, les pouvoirs publics qui sont responsables du bien-être de ces derniers, notamment le gouvernement fédéral, manifestent en alternance indifférence et attention à leur endroit. Le Comité recommande également :

- 
- |     |   |
|-----|---|
| 102 | <p><b>Que le gouvernement du Canada analyse immédiatement le niveau actuel du financement fédéral consacré aux peuples autochtones.</b></p> <p><b>Que ces analyses portent sur le financement nécessaire pour changer les principaux déterminants de la santé des peuples autochtones.</b></p> <p><b>Que ces analyses comprennent des évaluations à court, à moyen et à long terme des besoins de financement.</b></p> <p><b>Que le premier rapport que le Comité interministériel soumettra au Parlement (voir section 14.6.3) présente les résultats de ces analyses.</b></p> |
|-----|---|

## CHAPITRE 15:

# PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DES TROUBLES

---

Au cours de ses audiences, le Comité a entendu un certain nombre de témoins qui ont préconisé de plus grands efforts de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux.

D'une façon générale, la promotion de la santé mentale met l'accent sur un état mental positif, par opposition à la maladie mentale. Elle vise les déterminants de la santé mentale, c'est-à-dire les nombreux facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui contribueraient à la santé mentale. L'approche de promotion de la santé cherche à améliorer la santé de la population en s'attaquant aux déterminants de la santé susceptibles de changement, et en reconnaissant que cette façon d'agir prend beaucoup de temps et n'aboutit à des résultats que dans un avenir plus lointain que l'horizon habituel des politiciens ou même des chercheurs.

La prévention des troubles mentaux est une approche connexe qui s'attaque aux facteurs de risque associés à la maladie mentale et le renforcement des facteurs de protection qui empêchent la maladie mentale de se déclarer ou qui en réduisent la durée. Les facteurs de risque sont ceux qui augmentent la probabilité d'apparition de problèmes de santé majeurs, leur gravité et leur durée. Les facteurs de protection sont ceux qui augmentent la résistance aux facteurs de risque et, partant, aux troubles mentaux

Les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles qui portent fruit sont fondées sur des données scientifiques concrètes. Elles nécessitent aussi d'importants investissements ainsi que la coopération de différents ordres de gouvernement, de fournisseurs de services, d'organisations non gouvernementales et des personnes touchées.

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, initiative fédérale-provinciale-territoriale, vise à améliorer la santé des Canadiens d'une manière globale en s'attaquant aux facteurs de risque évitables. Si, au départ, la stratégie est axée sur l'activité physique et une alimentation saine et sur leurs rapports avec un poids sain, le Comité estime qu'elle devrait par la suite être étendue à d'autres questions de santé prioritaires, comme la santé mentale; il recommande donc :

---

103

**Que la santé mentale soit inscrite comme question de santé prioritaire immédiate dans la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.**

Dans son mémoire au Comité, la Société canadienne de psychologie a proposé de produire un Guide canadien de la santé mentale, sur le modèle du Guide alimentaire canadien, qui contribuerait à atténuer la stigmatisation et la discrimination en fournissant des conseils pratiques sur divers sujets liés à la santé mentale. Le Comité trouve cette proposition intéressante, et recommande donc :

---

104	<b>Que l'Agence de santé publique du Canada, en collaboration avec d'autres intervenants, produise un Guide canadien de la santé mentale et veille à en faire une vaste diffusion.</b>
-----	--

Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada jouent un rôle central dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie. D'autres organismes fédéraux ont également des activités liées à la promotion de la santé, comme l'Institut de la santé publique et des populations au sein des Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies et l'Institut canadien d'information sur la santé. De plus, Statistique Canada recueille et diffuse des statistiques sur la santé des Canadiens.

Le Comité croit cependant que le gouvernement fédéral doit renforcer sa capacité de cerner les priorités nationales dans le cas des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles et prendre les mesures concrètes correspondantes. Compte tenu du chevauchement entre la promotion de la santé mentale et la promotion de la santé en général, l'Agence de santé publique du Canada devrait continuer à jouer le rôle central dans la promotion de la santé mentale.

Destinée à aider l'Agence de santé publique du Canada, la Commission canadienne de la santé mentale, que nous envisageons au Chapitre 16, comprendra un Centre d'échange des connaissances qui travaillera de concert avec les organismes existants pour favoriser la collecte et l'échange de données liées à la santé mentale et aux maladies mentales. Le Comité recommande donc :

---

105	<b>Que le gouvernement fédéral engage des ressources suffisantes pour permettre à l'Agence de santé publique du Canada d'assumer la responsabilité première de la définition des priorités nationales en matière d'interventions pour la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et de travailler, de concert avec d'autres intervenants, à l'élaboration de mesures concrètes correspondant à ces priorités.</b>
-----	--

**Que toutes les initiatives de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales prévoient des dispositions de surveillance et d'évaluation des résultats.**

Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) collabore étroitement avec des organismes existants, tels que l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, pour recueillir et diffuser des données sur l'évaluation des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales, y compris les campagnes de prévention du suicide.

Que, dans ce contexte, la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) explore la possibilité :

- d'élaborer des mesures communes pour évaluer les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales;
- d'analyser les initiatives stratégiques fédérales pour en déterminer les répercussions probables sur la santé mentale;
- de cerner des groupes de problèmes ou de populations à risque qui ne font actuellement l'objet d'aucune mesure.

Le Comité a retenu la prévention du suicide comme autre priorité. Même si les tendances suicidaires ne constituent pas en soi un trouble mental, elles présentent une corrélation étroite avec la maladie mentale et la toxicomanie. Les données recueillies indiquent que, lorsque les collectivités travaillent ensemble à la sensibilisation de la population, le taux de suicide diminue véritablement.

Même si beaucoup de provinces, de territoires et de collectivités ont établi des programmes de prévention du suicide, le Canada n'a pas de stratégie nationale dans ce domaine. Beaucoup, notamment les membres du Comité, pensent que le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces, les territoires et les autres intervenants pour élaborer une telle stratégie.

En octobre 2004, l'Association canadienne pour la prévention du suicide a publié son *Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide*, qui fixe un certain nombre d'objectifs, notamment :

- Sensibiliser la population, partout au Canada, au fait que le suicide est notre problème et qu'il est évitable.
- Rallier de vastes appuis pour la prévention du suicide et les interventions correspondantes.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie destinée à réduire la stigmatisation, qui serait associée à toutes les activités de prévention du suicide, d'intervention et de deuil.

- Élaborer, mettre en œuvre et soutenir des programmes communautaires de prévention du suicide qui respectent la diversité et la culture aux niveaux local, régional et provincial-territorial.

Le Comité croit qu'il est avantageux de favoriser l'initiative de l'Association canadienne pour la prévention du suicide visant à élaborer une stratégie nationale de prévention. Il recommande donc :

<b>106</b>	<p><b>Que le gouvernement fédéral appuie les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et d'autres organismes travaillant à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide.</b></p> <p><b>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore étroitement avec tous les intervenants, notamment dans le but :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>d'élaborer des normes et des protocoles cohérents pour la collecte de renseignements sur les décès par suicide, les tentatives de suicide qui n'ont pas abouti et les pensées suicidaires;</b></li> <li>• <b>d'intensifier l'étude et la diffusion des facteurs de risque, des signes précurseurs et des facteurs de protection pour les personnes, les familles, les collectivités et la société;</b></li> <li>• <b>d'appuyer l'établissement d'un programme national de recherche sur le suicide, selon les modalités proposées par les Instituts de recherche en santé du Canada.</b></li> </ul>
------------	--



## CHAPITRE 16:

### INITIATIVES NATIONALES POUR LA SANTÉ MENTALE

---

Le Comité a entendu l'appel en faveur d'une stratégie nationale pour la santé mentale dès le début de son étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Il a reconnu que les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie trouvent un écho auprès de chaque ordre de gouvernement et que des stratégies sont nécessaires à chaque niveau : local, régional, provincial, fédéral et national.

Le Comité juge important de faire la distinction entre « national » et « fédéral » et de préciser clairement à quoi ressemblerait une stratégie *nationale* en matière de santé mentale au Canada. Bien que le gouvernement fédéral ait un rôle de chef de file à jouer dans l'élaboration d'une approche nationale de la santé mentale, il n'est pas responsable du travail d'élaboration et de mise en œuvre.

Il apparaît clairement au Comité qu'il faut établir un mécanisme pour entreprendre certaines tâches cruciales au niveau national, pour continuer d'assurer une dimension « nationale » aux questions de santé mentale et dans le but de promouvoir le développement d'une stratégie nationale de santé mentale.

La principale recommandation présentée par le Comité pour atteindre cet objectif, la création d'une commission canadienne de la santé mentale, a été rendue publique par le ministre de la Santé, l'honorable Ujjal Dosanjh, le 24 novembre 2005. Cette annonce représentait l'aboutissement de plusieurs mois de consultations menées par le Comité auprès de nombreux intervenants en santé mentale un peu partout au pays, notamment les administrations provinciales et territoriales. Elle a été accueillie avec enthousiasme par tous les groupes qui s'intéressent aux problèmes de santé mentale au Canada.

Le Comité désire que le travail de la nouvelle Commission vienne compléter celui qui est accompli par les structures et les personnes déjà en place aux niveaux fédéral, provincial et territorial. La Commission aura pour grands principes directeurs :

- être une organisation autonome, sans but lucratif et sans lien de dépendance vis-à-vis des gouvernements et des « groupes d'intervenants » existants dans le domaine de la santé mentale;
- centrer ses activités sur les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille.

La mission de la Commission consistera essentiellement à :

- faciliter, permettre et soutenir une approche nationale des questions de santé mentale;
- exercer un effet catalyseur sur la réforme des politiques en santé mentale et l'amélioration des services;

- sensibiliser tous les Canadiens à la santé mentale et accroître leurs connaissances sur la santé mentale, en particulier chez les personnes en situation d'autorité, comme les employeurs, les membres des professions de la santé et les enseignants;
- réduire la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille.

Pour remplir ses fonctions de collaboration, la Commission formera des comités consultatifs. Elle créera un Centre d'échange des connaissances et supervisera une campagne nationale contre la stigmatisation étalée sur dix ans.

La Commission canadienne de la santé mentale sera constituée en vertu d'une loi fédérale ou d'un autre texte officiel et sera financée par le gouvernement fédéral. Le Comité recommande que le conseil de la Commission soit composé de 19 membres, dont le tiers environ représenterait les gouvernements et les deux tiers environ n'auraient pas de lien avec un gouvernement. Il faut absolument que les membres du conseil évitent de se considérer, ou d'être considérés, comme les représentants d'un des groupes d'intérêts spécialisés qui font maintenant partie intégrante du réseau de la santé mentale.

De l'avis du Comité, il est essentiel d'agir rapidement; aussi recommande-t-il :

From the very beginning of its study of mental health, mental illness and addiction, the

107	<p><b>Que la Commission canadienne de la santé mentale soit constituée et entre en activité d'ici le 1<sup>er</sup> septembre 2006.</b></p> <p><b>Que les principes directeurs, le mandat, le mode de fonctionnement et les activités de la Commission canadienne de la santé mentale correspondent à la description donnée aux sections 16.2.2 à 16.2.5 du présent rapport.</b></p> <p><b>Que la composition du conseil d'administration de la Commission et de son personnel corresponde à la description donnée aux sections 16.2.6 et 16.2.7 du présent rapport.</b></p> <p><b>Que le gouvernement du Canada affecte 17 millions de dollars par an au fonctionnement et aux activités de la Commission; de ce montant, 5 millions de dollars par an seraient consacrés à une campagne nationale contre la stigmatisation, 6 millions de dollars par an à la création du Centre d'échange des connaissances et 6 millions de dollars par an au fonctionnement de la Commission.</b></p>
-----	--

Comme nous l'avons vu, le mouvement en faveur d'un système de services communautaires n'est pas fermement implanté. Dans bien des cas, il y a eu désinstitutionalisation sans la mise en place du soutien communautaire requis. Une partie du problème réside dans la difficulté établie de financer les coûts de la transition entre les soins en établissement et les soins

communautaires. Pour mener à bien cette transformation d'un système axé sur les soins en établissement en un système reposant essentiellement sur les soins communautaires, il faudra que le gouvernement fédéral effectue un investissement ciblé qui prendrait la forme d'un fonds de transition en santé mentale (FTSM).

De l'avis du Comité, le FTSM devrait avoir deux grandes composantes : le Panier de services communautaires (PSC), qui aiderait les provinces et les territoires à fournir des services aux personnes atteintes de maladie mentale au sein de la collectivité, et l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale (IALSM), qui affecterait des fonds fédéraux à la construction de nouvelles unités de logement abordable et à des programmes de suppléments au loyer de façon à ce que les personnes atteintes de maladie mentale puissent louer un logement convenable aux prix du marché alors qu'elles ne pourraient pas le faire autrement.

Le Comité a donc recommandé au Chapitre 5 :

- |     |   |
|-----|---|
| 108 | <p><b>Que le gouvernement du Canada crée un Fonds de transition en santé mentale pour accélérer la transition vers un système où la prestation des services en santé mentale se fera essentiellement dans la collectivité.</b></p> <p><b>Que les sommes versées dans ce fonds soient mises à la disposition des provinces et des territoires au prorata de la population et que la gestion du Fonds soit confiée à la Commission canadienne de la santé mentale dont la création a été entérinée par tous les ministres de la Santé à l'exception de celui du Québec.</b></p> <p><b>Que les provinces et les territoires puissent se prévaloir du Fonds pour financer un panier de services communautaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>qui autrement n'auraient pas vu le jour, c'est-à-dire qu'ils représentent un surcroît de dépenses par rapport aux dépenses courantes augmentées de la hausse annuelle normale des dépenses globales de santé;</b></li><li>• <b>qui faciliteront la transition vers l'établissement d'un système reposant essentiellement sur la prestation des services en santé mentale dans la collectivité.</b></li></ul> <p><b>Que, dans le contexte du Fonds de transition en santé mentale, le gouvernement du Canada lance une Initiative d'aide au logement pour la santé mentale afin de financer l'aménagement de logements abordables et des programmes de suppléments au loyer pour donner aux personnes atteintes de maladie mentale les moyens de louer un appartement au taux du marché.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Que, dans la gestion du volet logement du Fonds de transition en santé mentale, la Commission canadienne de la santé mentale travaille en étroite collaboration avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement.</b></li></ul> |
|-----|---|

Le Comité croit fermement que la Commission canadienne de la santé mentale devrait gérer le Fonds de transition en santé mentale, mais c'est à dessein qu'il n'a pas spécifié les programmes qui entreraient dans le Panier de services communautaires. Des facteurs uniques, l'histoire et l'environnement détermineront les services disponibles dans chacune des collectivités. Le Comité ne croit qu'il serait sage de tenter de dicter un modèle uniforme pour toutes les collectivités.

Le Comité estime également que l'affectation des sommes aux provinces et aux territoires devrait se faire en fonction de la population. Dans les territoires, l'accès aux services de santé communautaires, notamment de santé mentale, pose un problème particulier, car la région est très vaste, a une faible densité de population et les collectivités sont très éloignées les unes des autres. Le Comité recommande donc :

<b>109</b>	<b>Que le gouvernement fédéral verse aux territoires une somme supplémentaire qui viendrait s'ajouter à l'affectation provenant du Fonds de transition en santé mentale, calculée au prorata de la population, en vue de les aider à répondre aux besoins des collectivités éloignées, isolées et non urbaines.</b>
------------	---

Le Comité estime aussi que des mesures du même ordre devraient être envisagées pour l'Île-du-Prince-Édouard.

Le gouvernement fédéral, les intervenants et la population en général sont en droit de savoir que les sommes provenant du FTSM sont utilisées conformément aux objectifs visés. Le Comité comprend que les provinces et les territoires ne sont pas favorables à l'idée de faire rapport au gouvernement fédéral ou à une organisation nationale sur leur gestion des dépenses en matière de santé. Il est toutefois convaincu de la nécessité de rendre compte, d'une façon ou d'une autre, de l'utilisation des sommes provenant du Fonds. C'est pourquoi il recommande :

<b>110</b>	<b>Que l'utilisation des sommes provenant du Fonds de transition en santé mentale fasse l'objet d'une vérification externe, menée par les vérificateurs généraux des provinces, pour que les dépenses soient conformes aux deux objectifs du Fonds de transition, à savoir :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><b>a) financer les services et soutiens communautaires de santé mentale et</b></li><li><b>b) augmenter le montant total que chaque gouvernement consacre à l'amélioration de la santé mentale et au traitement des maladies mentales.</b></li></ul>
------------	--

À l'heure actuelle, nous ne disposons pas de données fiables sur ce que coûterait la transformation d'un système de santé mentale axé sur les soins en établissement en système de type communautaire. Dans ce contexte, le Comité s'est appuyé sur le travail d'autres organisations pour établir une estimation raisonnable de la valeur d'un fonds de transition valable.

L'estimation du coût de transformation du système de santé mentale établie par le Comité repose sur les conclusions du groupe de travail de Toronto-Peel. Ce dernier a estimé que, pour réaliser une transformation satisfaisante, le système de santé mentale de la région de Toronto-Peel devait investir environ 245 millions de dollars sur cinq ans. Par extrapolation, le montant total dont le Canada aurait besoin serait de 2,148 milliards de dollars.

Le Comité juge qu'une période de transition de dix ans est réaliste et recommande :

111	<b>Que le Panier de services communautaires, un des éléments du Fonds de transition en santé mentale, soit doté d'un budget moyen de 215 millions de dollars par an sur une période de dix ans, pour un total de 2,15 milliards de dollars.</b>
-----	---

Le manque de logements à prix abordable est un des principaux problèmes auxquels sont confrontées les personnes atteintes de maladie mentale. Selon les données fournies par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, 15 % de la population canadienne ne dispose pas d'un logement abordable, suffisamment grand et de qualité acceptable. La situation est bien pire pour les personnes aux prises avec la maladie mentale : c'est le cas de 27 % d'entre elles (quelque 140 000). Le Comité est d'avis qu'il s'agit de discrimination à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale.

D'après la Société canadienne d'hypothèques et de logement, pour ramener à la moyenne nationale le nombre de personnes atteintes de maladie mentale qui n'ont pas de logement, il faudrait qu'environ 56 500 personnes atteintes de maladie mentale aient accès à une forme ou une autre de logement abordable.

Les personnes atteintes de maladie mentale n'ont pas toutes les mêmes besoins. Certaines manquent de services de soutien, alors que d'autres, plus autonomes, ont du mal à trouver un logement convenable. Le Comité a donc conclu sans équivoque qu'il faut davantage de logements à loyer abordable, plus d'aide pour que les personnes visées puissent payer leur loyer existant au taux du marché et plus de services de soutien pour que les personnes ayant une maladie mentale puissent vivre dans leur collectivité.

Le Comité estime qu'un programme servant à répondre au besoin impérieux de logement des personnes ayant une maladie mentale devrait réserver 60 % de ses fonds à des subventions au loyer et 40 % à la construction de nouvelles unités de logement. Le Comité estime également que l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale devrait cibler au départ les subventions au loyer en raison de l'urgence d'agir pour remédier à la pénurie de logements. De plus, le gouvernement fédéral devrait payer la totalité des subventions au

loyer pendant les trois premières années. Il faudrait aussi envisager des approches innovatrices de la part des gouvernements, des autorités sanitaires et des organisations sans but lucratif, par exemple le regroupement de leurs subventions en vue de former des partenariats avec des locataires pour l'achat de logements.

Le Comité recommande donc :

- |     |   |
|-----|---|
| 112 | <p><b>Que le gouvernement du Canada investisse 2,24 milliards de dollars sur dix ans dans l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, qui ferait partie du Fonds de transition en santé mentale.</b></p> <p><b>Que le but de l'Initiative soit de faire en sorte que la proportion de personnes atteintes de maladie mentale qui ont besoin d'un logement abordable de qualité et de taille convenables, actuellement de 27 %, soit ramenée à la moyenne nationale des gens qui ont le même besoin (15 %), en permettant à 57 000 personnes atteintes de maladie mentale d'avoir accès à un logement abordable.</b></p> <p><b>Que, pendant la durée de l'Initiative, 60 % de ses fonds servent à verser des suppléments au loyer à des personnes atteintes de maladie mentale qui ne pourraient pas autrement se payer un logement au prix du marché, et 40 % soient destinés à la construction de nouvelles unités de logement abordable.</b></p> <p><b>Que, pour que le plus grand nombre de personnes possible bénéficie d'une aide immédiate, 80 % des fonds disponibles soient affectés aux suppléments au loyer pendant les trois premières années de l'Initiative et que, durant cette période, le gouvernement fédéral assume la totalité de ces suppléments, après quoi ce coût sera partagé selon les ententes existantes entre le fédéral, les provinces et les territoires.</b></p> <p><b>Que soient encouragées des approches innovatrices de la part des gouvernements, des autorités sanitaires et des organisations sans but lucratif, comme le regroupement de subventions en vue de former des partenariats avec des locataires pour l'achat de logements.</b></p> <p><b>Qu'au terme des dix ans d'existence de l'Initiative, la Société canadienne d'hypothèques et de logement soit mandatée pour faire en sorte que le pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale qui ont besoin d'un logement abordable de qualité et de taille convenables équivaille à celui de la population en général.</b></p> |
|-----|---|

Le Comité croit qu'en plus du Panier de services communautaires et de l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, plusieurs éléments importants devraient faire partie du Fonds de transition.

*Les troubles concomitants.* Dans la plupart des régions du pays, il n'existe pas d'éventail complet de services visant les problèmes de consommation et les comportements dépendants. Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral doit faire davantage pour s'attaquer aux problèmes de consommation, aux comportements dépendants et aux troubles concomitants. Plus précisément, il estime que le gouvernement fédéral devrait verser un montant supplémentaire de 50 millions de dollars pour les services destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants. Le Comité recommande donc :

- |     |   |
|-----|---|
| 113 | <b>Que le gouvernement du Canada inclue dans le Fonds de transition 50 millions de dollars par an, qui seraient versés aux provinces et aux territoires pour des programmes et services de proximité, de traitement et de prévention destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants. Comme pour le reste du Fonds de transition, cette somme serait gérée par la Commission canadienne de la santé mentale, mais, dans ce cas-ci, en collaboration étroite avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, les provinces, les territoires et d'autres intervenants.</b> |
|-----|---|

*Télesanté mentale.* Comme nous l'avons déjà indiqué, la télesanté mentale présente d'énormes possibilités, en particulier parce que le diagnostic psychiatrique repose davantage sur la communication verbale et non verbale que sur un examen physique. Le Comité a recommandé au Chapitre 12 que le gouvernement fédéral aide les provinces à utiliser les économies réalisées grâce à l'implantation de la télesanté mentale (réduction des frais de transport et d'autres coûts) pour assumer leurs coûts de fonctionnement. Il recommande donc :

- |     |   |
|-----|---|
| 114 | <b>Que le gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires 2,5 millions de dollars par an pour les aider à concrétiser leurs plans de télesanté mentale. Cette somme ferait partie du Fonds de transition en santé mentale et serait administrée par la Commission canadienne de la santé mentale.</b> |
|-----|---|

*Soutien par les pairs.* Au Chapitre 10, le Comité a démontré l'importance considérable de l'entraide et du soutien par les pairs pour les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille. Il recommande donc :

- |     |  |
|-----|--|
| 115 | <b>Que le gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires 2,5 millions de dollars par an pour des programmes d'entraide et de soutien par les pairs. Cette somme ferait partie du Fonds de transition en santé mentale et serait administrée par la Commission canadienne de la santé mentale.</b> |
|-----|--|

*Recherche.* Tout en s'intéressant aux diverses composantes du Fonds de transition, le Comité réitère son appui à la recherche menant à des améliorations notables des conditions de vie des personnes atteintes de maladie mentale ou des toxicomanes. C'est pourquoi il a recommandé au Chapitre 11 :

- |     |   |
|-----|---|
| 116 | <p><b>Que le gouvernement fédéral engage immédiatement 25 millions de dollars supplémentaires par an pour la recherche sur les aspects de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie touchant les essais cliniques, les services de santé et la santé de la population.</b></p> <p><b>Que ces fonds soient administrés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies sous l'autorité d'un conseil multilatéral et en consultation avec la Commission canadienne de la santé mentale.</b></p> <p><b>Que ces 25 millions de dollars s'ajoutent au financement actuellement fourni aux IRSC.</b></p> |
|-----|---|

Le tableau suivant fait état du coût annuel total de la mise en œuvre des recommandations du Comité :

Initiative	Coût (en millions de dollars par an)
Commission canadienne de la santé mentale	17,0
Initiative d'aide au logement pour la santé mentale	224,0
Panier de services communautaires	215,0
Programme des troubles concomitants	50,0
Télesanté mentale	2,5
Soutien par les pairs	2,5
Recherche	25,0
<b>Total</b>	<b>536,0</b>



Le Comité a toujours pensé que la conduite la plus avisée n'est pas de se contenter de recommander que le gouvernement fédéral dépense plus dans un secteur donné, mais de suggérer des moyens de trouver les fonds nécessaires.

Le Comité comprend qu'il n'y a pas de moyen « idéal » de générer les recettes voulues. Après mûre réflexion, il recommande :

---

117	<b>Que, pour générer les recettes supplémentaires qui seront à l'origine des investissements fédéraux recommandés pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, le gouvernement du Canada augmente les droits d'accise sur les boissons alcoolisées de 5 cents par consommation standard.</b>
-----	--

Les nouvelles recettes devraient être réservées à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie.

Au Canada, une consommation standard contient 13,6 g d'alcool. Cette quantité se retrouve dans une bouteille de bière de 12 onces, dans un verre de vin de 5 onces ou dans 1,5 once de spiritueux à 40 % d'alcool. Cinq cents par consommation équivalent à 5 cents la bouteille de bière, à 25 cents environ la bouteille de vin et à 85 cents environ la bouteille de spiritueux.

Le Comité pense que l'augmentation des droits d'accise ne devrait pas s'appliquer aux boissons alcoolisées dont la teneur en alcool est de 4 % ou moins (bières légères ou autres bières faibles en alcool). Il recommande donc :

The revenue raised should be earmarked for spending on mental health, mental illness, and addiction.

---

118	<b>Que le gouvernement du Canada réduise de 5 cents par consommation le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool se situe entre 2,5 % et 4 % et supprime complètement le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool est inférieure à 2,5 %.</b>
-----	---

Au total, les changements apportés à la taxe d'accise fédérale sur l'alcool généreraient quelque 478 millions de dollars par an. L'écart de 58 millions de dollars par an entre les recommandations du Comité et les sources de revenu prévues pourrait être comblé de plusieurs façons : prélever l'argent nécessaire sur les recettes générales, répartir les coûts de construction des unités de logement sur une période plus longue, utiliser une partie de l'excédent dégagé par le programme d'assurance prêt hypothécaire de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Il faut noter qu'il n'y a pas de lien causal entre le moyen proposé par le Comité pour percevoir des recettes et l'affectation des fonds. Le seul lien est l'équivalence des sommes d'argent. Le Comité a délibérément évité de présenter des affirmations sur le caractère causal du lien, le cas échéant, entre les problèmes de santé mentale et la toxicomanie. Il s'est contenté de présenter au gouvernement une recommandation, à la fois valable sur le plan financier et politiquement acceptable, sur les moyens de se procurer les revenus supplémentaires nécessaires.

## ÉPILOGUE —

# LE VISAGE HUMAIN D'UN SYSTÈME TRANSFORMÉ

---

L'histoire de Julie tient lieu d'épilogue dans le rapport intégral. Nous la reproduisons ici dans l'espoir que les personnes qui liront le présent rapport se rappelleront que, quand on parle du système de santé mentale, l'important ce ne sont pas les gouvernements, les programmes, la politique ou les fournisseurs de services. Non, ce qui importe, c'est d'aider les gens atteints par la maladie à vivre dans les meilleures conditions possible.

### L'HISTOIRE DE JULIE

Voici l'histoire, vraie, de Julie (un nom d'emprunt), comme elle l'a racontée au Comité. Nous n'avons pas repris ses propos tout à fait mot à mot, mais c'est bien son histoire. Julie a une maladie mentale et elle nous a raconté ce qu'elle et sa famille ont vécu lors de six périodes de crise de sa maladie. Dans « *La réalité actuelle* », l'histoire de Julie illustre ce qui, dans le système de santé et de services sociaux, fonctionne et ne fonctionne pas pour la plupart des Canadiens atteints de maladie mentale.

Ensuite, dans « *Ce qui devrait être* », on montre comment Julie, sa famille et les membres du Comité souhaiteraient qu'elle soit traitée dans un système transformé. « Ce qui devrait être », c'est ce que nous attendons de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport.

### LA RÉALITÉ ACTUELLE

Je suis née dans une petite ville du sud-est de l'Ontario où j'ai été élevée. Les six premières années de ma vie ont été celles d'un enfant typique dans une famille ordinaire vivant dans une ville comme des centaines d'autres.

#### Six ans

C'est l'année où j'ai commencé à aller à l'école que notre vie a changé. Mon père est devenu bizarre. Il a commencé par devenir d'humeur sombre, puis il est devenu étrange et enfin carrément forcené. C'était pas drôle du tout; c'était inquiétant. Des fois il était bien puis, sans prévenir, il devenait violent et, pour un oui ou pour un non, il se mettait à nous lancer des choses à la tête à Maman et moi. Après il s'est mis à nous malmener et des fois il nous frappait. On ne savait jamais quand il allait exploser ni ce qui allait déclencher sa colère. Je ne comprenais rien à ce qui se passait sinon que Maman pensait que Papa était malade. Je ne voulais pas que Papa soit malade. Je voulais juste qu'il redevienne le père qu'il était avant. Je me rongais les sangs pour lui et pour nous.

Maman aussi se faisait du souci et elle avait honte de se montrer dans le quartier parce que tout le monde commençait à se rendre compte que Papa était devenu bizarre. Elle ne savait pas quoi faire. Elle ne savait pas où s'adresser pour avoir des conseils ou de l'aide. L'état de

Papa n'a fait qu'empirer. Finalement, un jour, il est devenu fou furieux, et Maman a fini par appeler la police. Ils sont venus et l'ont emmené. Qu'est-ce que les voisins allaient penser? Pendant très longtemps, Maman était tellement embarrassée qu'elle n'osait pas leur adresser la parole. Elle m'a bien prévenue de ne dire à personne que quelque chose clochait avec Papa, qu'il était malade — je devais simplement dire qu'il était parti.

Au bout de quelques jours, les policiers ont dit à Maman que Papa était réellement malade, dans sa tête. Ils lui ont dit qu'ils l'avaient emmené à l'hôpital dans la grande ville, à une trentaine de milles de chez nous, et que là-bas des gens s'occuperaient de lui et des médecins pourraient l'aider.

Je me suis toujours demandé si c'était de ma faute. Peut-être que j'avais fait quelque chose de mal qui avait rendu mon père malade.

Pendant quelques années, Maman et moi avons vécu une vie assez solitaire. Papa sortait parfois de l'hôpital, mais il y a passé beaucoup de temps et il ne travaillait pas. Quand il était à la maison, il se comportait de manière relativement normale pendant un certain temps, mais tout d'un coup il rechutait et Maman devait le ramener à l'hôpital. Nous ne savions pas précisément ce qu'il avait; nous nous efforcions de cacher sa maladie et nous ne pouvions rien faire pour l'aider à se rétablir : c'était vraiment difficile et frustrant pour Maman et moi. En plus, nous étions toujours à court d'argent. Durant les périodes où il allait relativement bien, je suis sûre que Papa se reprochait de ne pas gagner de l'argent pour faire vivre sa famille; ça le rendait sans doute encore plus malade.

Maman était épuisée — elle travaillait à temps plein, elle s'occupait de moi (et de Papa quand il était à la maison) et elle allait visiter Papa en autobus quand elle le pouvait les fins de semaine lorsqu'il était à l'hôpital.

### **Quinze ans**

Je sais que Maman s'est fait beaucoup de souci pour moi quand j'étais adolescente, surtout quand, autour de 15 ans, je me suis mise à avoir de grosses déprimés. Et puis, comme mon père, je me suis mise à faire des choses bizarres. Maman était au bout de son rouleau, et nous avions vraiment peur toutes les deux. Je ne comprenais pas ce qui se passait. J'avais l'impression d'être seule au monde, que personne ne pouvait m'aider, pas même Maman. Je ne savais pas quoi faire pour maîtriser mes émotions et mon comportement. J'avais l'impression d'être le jouet d'une force irrésistible dans ma tête qui me faisait faire des bêtises : je me conduisais mal ou je me livrais à des actes violents que je regrettais ensuite.

Maman ne savait pas quoi faire. Elle pensait sans doute que ce n'était qu'une phase et que je finirais par m'assagir. L'idée l'a peut-être effleurée de me conduire à l'hôpital de la ville, comme Papa, mais elle ne l'a pas fait et ne m'en a jamais parlé.

À l'école, c'était la catastrophe. Je n'arrivais pas à fixer mon attention et il m'arrivait souvent de sécher les cours : je m'enfermais dans ma chambre et je passais des jours à ne rien faire. J'ai fini par décrocher complètement. J'ai trouvé du travail à temps partiel, mais là non plus je n'arrivais pas à me concentrer et j'ai été renvoyée après quelques semaines. J'ai trouvé un autre emploi, que j'ai perdu lui aussi. Et un autre, et un autre encore. Finalement, après

quelques mois, j'ai renoncé à travailler. Je passais mon temps à la maison, à regarder la télévision. Je ne voyais pratiquement personne en dehors de ma mère, le soir après son travail. Nous parlions peu. De toute façon, nous ne savions pas quoi nous dire, déroutées que nous étions par mes problèmes et tout à fait incapables de réagir faute de savoir quoi faire.

La vie a continué tant bien que mal. Finalement, au bout d'une longue période, mes symptômes ont progressivement diminué et j'ai pu me remettre à travailler.

### **Vingt-trois ans**

Je trouvais que Maman avait déjà assez de s'occuper de mon père, alors, quand j'ai été dans la vingtaine, j'ai décidé de prendre un appartement. Au début, tout allait bien, mais au bout d'un an environ, mes symptômes ont commencé à réapparaître. Maman s'en est aperçue avant moi et a commencé à s'inquiéter. Bientôt, même mes voisins s'en sont rendu compte et s'en sont inquiétés.

Je restais enfermée chez moi pendant des jours d'affilée. Faute de me présenter au travail, je me suis fait renvoyer. J'ai vite épuisé mes ressources et je n'arrivais plus à payer mes factures. Maman a bien essayé de me convaincre d'aller chez le médecin, mais je remettais toujours la visite à plus tard. Finalement, une nuit que j'étais particulièrement bruyante et déjantée, un voisin a appelé la police. Ils m'ont emmenée à l'hôpital de soins actifs (annexe 1) où je suis restée environ une semaine, après quoi j'ai été transférée à l'hôpital psychiatrique où mon père était encore soigné à l'occasion. Grâce au traitement, mes symptômes se sont atténués, mais très lentement. J'ai fini par rentrer chez moi; j'ai retrouvé du travail, loué un autre appartement et appris comment me débrouiller toute seule.

### **Trente-quatre ans**

J'ai mené une vie relativement normale pendant une dizaine d'années, puis tout a basculé de nouveau. J'ai fait une rechute. J'ai commencé par perdre mon travail, puis mon appartement. J'ai coupé les ponts avec tout le monde et, dans l'état où j'étais, les ennuis n'ont pas tardé. Je me suis fait prendre à chaparder dans un magasin et j'ai fait une scène terrible. Heureusement, la police s'est rendu compte que j'étais malade. Au lieu de me coffrer, ils m'ont amenée à l'hôpital de l'annexe 1.

Après ça, j'ai passé quelques années à faire des séjours plus ou moins longs à l'hôpital, de quelques semaines à plusieurs mois, comme mon père. Quand j'étais à l'hôpital et que j'étais soignée, mes symptômes diminuaient graduellement. Quand je m'en sentais capable, on me donnait mon congé. Je trouvais en général à me loger quelque part, mais comme je n'avais pas le sou, je me retrouvais le plus souvent dans un logis minable dans un quartier sordide où je ne me sentais pas vraiment en sécurité. Comme je n'avais personne vers qui me tourner, j'avais du mal à composer avec le stress de la vie quotidienne et je rechutais — toujours trop vite.

Je suis retournée chez moi à quelques reprises, mais quand je suis sortie de l'hôpital psychiatrique, j'ai décidé de rester dans la grande ville près de l'hôpital pour pouvoir plus facilement me prévaloir de leurs services de suivi. J'allais de temps en temps au centre de

jour, mais c'était difficile de se lier avec qui que ce soit; il y avait beaucoup d'allées et venues et je ne m'y suis pas fait d'amis. Quand mes symptômes étaient vraiment aigus, j'allais à l'urgence de l'hôpital, où on me connaissait. J'étais de nouveau admise à l'hôpital et le cycle recommençait.

J'ai quand même fini par me rétablir et quand je me suis sentie vraiment mieux, j'ai décidé de quitter la grande ville et de rentrer chez moi pour être plus près de ma famille et de mes connaissances.

### **Trente-huit ans**

Les choses allaient bien au début, mais ça n'a pas été long avant que les vieux démons refassent surface — encore une rechute. Maman a été la première à le remarquer. Elle m'a toujours beaucoup soutenue, mais elle vieillissait. C'était beaucoup pour elle de s'occuper de mon père tout en gardant un œil sur moi. Avec mes amis, j'avais l'impression de ne jamais être sur la même longueur d'onde, et sans centre de jour où aller, je me sentais vraiment isolée. Je passais beaucoup de temps toute seule à l'appartement. La seule personne vers qui je pouvais me tourner, c'était mon médecin de famille, mais tout ce qu'il pouvait faire, c'était d'ajuster ma médication au besoin. Il n'avait tout simplement pas le temps d'en faire plus. Un jour, j'étais si mal quand je me suis présentée à son bureau qu'il a appelé une ambulance et que je me suis retrouvée de nouveau à l'hôpital psychiatrique. Il m'a fallu des semaines pour me rétablir. Ils m'ont laissée rentrer chez moi, mais sans aide régulière sur place, je me suis vite retrouvée de nouveau hospitalisée. Les choses ont continué comme ça pendant longtemps. Je me retrouvais à l'hôpital des fois une fois par an, mais avec des fois aussi deux ou trois ans entre les hospitalisations. Ce n'était pas une vie. Les rares amis que j'avais ont fini par s'éloigner l'un après l'autre, et quand Papa est mort, puis Maman, je me suis retrouvée vraiment toute seule.

### **Soixante-six ans**

J'ai fait une rechute peu après la mort de Maman et cette fois-là, j'étais complètement timbrée! Je ne me sentais pas bien physiquement non plus, alors les médecins de l'hôpital psychiatrique m'ont fait examiner par d'autres médecins. Il se trouve que j'avais d'autres problèmes médicaux en plus de ma maladie mentale. On m'a prescrit d'autres médicaments et, après quelques semaines, j'ai commencé à aller mieux. Mais cette fois-là, ils m'ont dit que je ne pouvais pas rentrer chez moi et que je devrais aller habiter dans une maison de santé près de l'hôpital où j'aurais des repas réguliers et où il y avait des gens en permanence pour s'occuper de moi. À première vue, c'était attrayant, mais je me suis vite rendu compte que les autres résidents étaient tous bien plus vieux et plus malades que moi. Beaucoup étaient même alités et d'autres passaient leurs journées assis dans le couloir près du bureau des infirmières. Je n'avais personne à qui parler et rien d'autre à faire que de regarder la télévision ou de m'asseoir avec les autres dans le couloir. À un moment donné, je me suis rendu compte que je ne partirais jamais de cet endroit, que j'y resterais jusqu'à ma mort.

## **CE QUI DEVRAIT ÊTRE**

### **Six ans**

Quand les bizarreries de Papa ont commencé à avoir un effet sur nous tous, Maman l'a convaincu de l'accompagner au centre de santé familiale où ils ont rencontré une conseillère qui l'a fait voir par un médecin. C'est comme ça qu'ils ont appris que Papa souffrait d'une maladie mentale. Papa a vu ensuite un psychiatre, un spécialiste de l'hôpital de la grande ville, à une trentaine de milles de chez nous, qui venait dans notre petite ville de temps en temps pour aider les médecins de famille à bien soigner leurs malades. La conseillère a pris le temps de bien expliquer à Maman la nature de la maladie de Papa et nous a aidés à comprendre ce qui se passait et les difficultés qu'il traversait. Elle a donné à Maman de l'information à lire et s'est organisée pour l'inscrire dans un groupe de formation et de soutien composé de parents de gens qui souffraient du même genre de maladie mentale que Papa. Une fois que nous avons mieux compris la maladie et ses effets, c'était plus facile pour Maman et moi d'en parler avec nos voisins et d'autres comme mes camarades de classe et mes amis. C'était plus facile de supporter les périodes où, en dépit de son traitement et des médicaments, son comportement redevenait fantasque.

### **Quinze ans**

Dès que Maman a remarqué mes premières sautes d'humeur, elle m'a persuadée de l'accompagner au centre de santé familiale où nous avons de nouveau rencontré la conseillère. J'ai aussi vu un médecin, qui m'a tout de suite pris rendez-vous avec un psychiatre qui m'a appris que je souffrais du même genre de maladie mentale que papa. Elle m'a prescrit des médicaments qui m'ont aidée à maîtriser mon humeur et mon comportement. Une fois mes symptômes maîtrisés, j'ai pu me concentrer. Je suis restée à l'école et, avec l'aide de la conseillère pour régler les petits problèmes de la vie courante, je me suis bien débrouillée. J'ai aussi joint un groupe d'entraide composé de jeunes de mon âge eux aussi aux prises avec une maladie, la plupart du temps une maladie mentale comme moi. Mes amis me sont restés fidèles; ils savaient que j'étais malade, pas étrange!

### **Vingt-trois ans**

Maman et Papa (qui allait alors bien mieux) m'ont dit que mon comportement était de nouveau en train de changer et que je devrais retourner au centre de santé familiale consulter le médecin qui me suit depuis mon premier épisode. Le médecin m'a fait admettre à l'hôpital de soins aigus (annexe 1) pour un court séjour durant lequel un psychiatre venu de la grande ville a ajusté mes médicaments. En plus, j'ai participé tous les jours à un programme de formation où j'ai appris à mieux composer avec mes symptômes. Les symptômes n'ont pas complètement disparu, mais mon état s'est amélioré assez rapidement.

Quand je suis sortie de l'hôpital, on m'a renvoyée au bureau local d'un programme provincial de santé mentale où j'ai rencontré régulièrement un gestionnaire de cas qui m'a aidée à présenter une demande d'allocation d'invalidité (POSPH). J'ai continué de voir le psychiatre durant ses tournées régulières dans notre ville. Mon gestionnaire de cas m'a aussi obtenu un transport régulier vers la grande ville deux fois par semaine où je suivais un programme de

formation professionnelle deux fois par semaine. Je me suis trouvé un nouvel appartement et, au bout d'un certain temps, avec l'aide d'un agent de soutien à l'emploi, j'ai trouvé du travail à temps partiel pour compléter mes revenus.

### **Trente-quatre ans**

La police m'a amenée à l'hôpital, mais je n'y suis pas restée longtemps, juste le temps que mon état se stabilise. L'hôpital a fait des démarches pour que mon cas soit admissible au programme de déjudiciarisation et m'a remise en contact avec mon gestionnaire de cas; aucune accusation n'a été portée contre moi. Mon psychiatre et l'équipe psychiatrique de l'hôpital de la ville ont pensé que ce serait bon de me renvoyer à une Équipe de suivi intensif dans le milieu. Ils m'ont trouvé une place dans un logement supervisé dans la même ville où je pouvais facilement me prévaloir des services d'extension de l'Équipe et des services de l'hôpital et quand même voir facilement ma famille et mes amis, que je pouvais rejoindre après un court trajet en autocar.

Mon état est resté relativement stable. J'ai continué à vivre dans la grande ville. Peu après que j'ai récupéré après mon dernier épisode de crise, j'ai commencé à faire du bénévolat. Comme les règles avaient été changées, j'ai pu conserver mon allocation d'invalidité tout en faisant du bénévolat. Je donnais satisfaction et on m'a offert un poste rémunéré. J'ai continué à travailler là régulièrement. De savoir que je pouvais faire un travail utile pour gagner ma vie, c'était la meilleure médecine pour ma maladie mentale. L'indépendance, ça vous regonfle, et quand j'ai confiance en moi, j'arrive à me débrouiller avec ma maladie.

Après un certain temps, j'ai décidé de quitter mon logement supervisé pour prendre un appartement. J'ai pensé un moment rentrer dans ma petite ville, mais avec les encouragements de l'Équipe de suivi, j'ai finalement décidé de rester dans la grande ville où je pouvais m'inscrire à temps partiel à un programme d'éducation de la petite enfance au collège communautaire. J'ai toujours aimé les enfants et je me suis rendu compte que je me débrouillais bien avec eux. L'Équipe de suivi m'a aidée dans les moments difficiles et j'ai réussi mon cours.

Je me sentais vraiment bien et, mon diplôme en poche, j'ai décidé de rentrer dans ma petite ville pour être plus près de ma famille et de mes amis d'enfance. Je n'avais plus besoin de l'équipe de suivi, mais on m'a renvoyée à un service de gestion de cas local où je pouvais avoir de l'aide au besoin.

### **Trente-huit ans**

Après que j'ai trouvé un appartement, j'ai communiqué avec l'équipe de gestion de cas qui m'a conseillée de manière que je sache reconnaître rapidement les signes de rechute et aller chercher de l'aide tout de suite. J'ai aussi communiqué avec un groupe de soutien local où j'ai pu rencontrer un travailleur de santé mentale chaque fois que je sentais le besoin de parler de ma maladie avec quelqu'un. J'avais des bons et des mauvais jours, la plupart bons, et je me suis vite sentie suffisamment bien pour chercher du travail. J'ai trouvé assez facilement un emploi à temps plein dans une garderie et je gagnais ma vie. C'était vraiment bien de ne plus dépendre de mon allocation d'invalidité.



## **Soixante-six ans**

Après des années d'indépendance, où j'ai eu à l'occasion seulement besoin de mon gestionnaire de cas, j'ai eu du mal à accepter que les symptômes de la maladie n'étaient plus aussi faciles à maîtriser qu'avant. J'ai vu mon médecin, mon travailleur de santé mentale et mon gestionnaire de cas, et nous avons convenu que j'avais besoin d'une aide plus intensive que ce qu'ils pouvaient me donner. Ils m'ont renvoyée à l'équipe de gériatrie qui a pris les dispositions nécessaires pour que je puisse rester chez moi. Je pouvais les appeler chaque fois que j'avais un problème que je ne pouvais pas régler toute seule. Je suis devenue membre du centre d'activités pour personnes âgées de ma localité où j'ai gardé le contact avec mes vieux amis et où je me suis fait de nouveaux amis toujours prêts à m'aider quand j'en avais besoin. C'est ainsi que j'ai pu passer le reste de ma vie dans mon propre appartement.



**TABLE DES MATIÈRES DU RAPPORT INTÉGRAL  
« DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE »**

---

**ORDRE DE RENVOI**

**SÉNATEURS**

**REMERCIEMENTS**

**AVANT-PROPOS**

**PARTIE I**

**LE VISAGE HUMAIN DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA  
TOXICOMANIE**

**CHAPITRE 1: VIVRE AVEC UNE MALADIE MENTALE : LE TÉMOIGNAGE  
DES MALADES**

- 1.1 INTRODUCTION
- 1.2 RAPPORTS AVEC LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET  
DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE
  - 1.2.1 Confusion et frustration
  - 1.2.2 Ignorance et manque de compassion
  - 1.2.3 Manque de services
- 1.3 QUE VEULENT CEUX ET CELLES QUI ONT UNE  
MALADIE MENTALE?
  - 1.3.1 Les déterminants sociaux de la santé mentale
  - 1.3.2 Aide à l'emploi
  - 1.3.3 Un logement décent et sûr
  - 1.3.4 Groupe d'entraide
- 1.4 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION
  - 1.4.1 Stigmatisation et discrimination dans le logement
  - 1.4.2 Stigmatisation et discrimination dans les professions de la  
santé
  - 1.4.3 Stigmatisation et discrimination lors du retour au travail
  - 1.4.4 Stigmatisation et discrimination dans la société

- 1.4.5 Suggestions pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination
  - 1.4.5.1 *Éducation et sensibilisation*
  - 1.4.5.2 *Honte et discrimination dans les médias*
  - 1.4.5.3 *Reconnaissance de la gravité de la maladie mentale*

## 1.5 CONCLUSION

## **CHAPITRE 2: LE TÉMOIGNAGE DES FAMILLES**

- 2.1 INTRODUCTION
- 2.2 RAPPORT AVEC LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE
  - 2.2.1 Manque d'information
- 2.3 LES INCIDENCES SUR LA FAMILLE
  - 2.3.1 Effets physiques et affectifs
  - 2.3.2 Manque de reconnaissance et de soutien
- 2.4 QUE VEULENT LES AIDANTS FAMILIAUX?
  - 2.4.1 Information et éducation
  - 2.4.2 Soutien du revenu
  - 2.4.3 Service d'entraide
  - 2.4.4 Service de relève
  - 2.4.5 Accès aux renseignements personnels sur la santé
- 2.5 CONCLUSION

## **PARTIE II APERÇU**

### **CHAPITRE 3: VISION ET PRINCIPES**

- 3.1 INTRODUCTION
    - 3.1.1 Limites du présent rapport à l'égard des toxicomanies
    - 3.1.2 Quelques questions de « langage »
    - 3.1.3 Les dimensions mentales et physiques de la maladie
  - 3.2 RÉTABLISSEMENT
    - 3.2.1 La nécessité d'un système axé sur le rétablissement
  - 3.3 LE CHOIX
  - 3.4 LA COLLECTIVITÉ
  - 3.5 INTÉGRATION
  - 3.6 TRANSFORMER LA VISION EN RÉALITÉ
  - 3.7 RÉSUMÉ DES PRINCIPES
- ANNEXE: MODÈLE DE RÉTABLISSEMENT

## **CHAPITRE 4: QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUE**

- 4.1 ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ
  - 4.1.1 Toile de fond
  - 4.1.2 Trouver un moyen de progresser
    - 4.1.2.1 *Vie privée et âge requis pour consentir*
    - 4.1.2.2 *Le rôle des professionnels de la santé*
    - 4.1.2.3 *Subrogés et directives préalables*
    - 4.1.2.4 *Comblant les lacunes*
- 4.2 CHARTE DES DROITS DU PATIENT
  - 4.2.1 Toile de fond
  - 4.2.2 Consultation des intéressés
  - 4.2.3 Obstacles
    - 4.2.3.1 *Obstacles théoriques*
    - 4.2.3.2 *Obstacles pratiques*
    - 4.2.3.3 *Loi canadienne sur la santé mentale*
    - 4.2.3.4 *Modifier la Loi canadienne sur les droits de la personne*
    - 4.2.3.5 *Créer une loi distincte qu'adopteraient le Parlement et les législatures provinciales et territoriales*
- 4.3 LES DISPOSITIONS DU CODE CRIMINEL RELATIVES AUX TROUBLES MENTAUX
  - 4.3.1 Toile de fond
  - 4.3.2 Pouvoir des Commissions d'examen de rendre une ordonnance d'évaluation
  - 4.3.3 Pouvoir de la Commission d'examen d'ordonner un traitement
  - 4.3.4 Aptitude à recevoir une sentence

## **PARTIE III**

## **ORGANISATION ET PRESTATION DES SERVICES**

### **CHAPITRE 5: VERS UN RÉSEAU DE SERVICES TRANSFORMÉ**

- 5.1 CONSENSUS SUR L'ORIENTATION DE LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ MENTALE
- 5.2 CERTAINS AVANTAGES DES SERVICES COMMUNAUTAIRES
  - 5.2.1 De nombreux services communautaires permettent de réaliser des économies
  - 5.2.2 Autres avantages des services offerts dans la collectivité
- 5.3 UNE GAMME DE SOINS INTÉGRÉS
  - 5.3.1 Une gamme locale et complexe de services
- 5.4 ASSURER LA TRANSITION AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES

- 5.5 LA NÉCESSITÉ D'UN FONDS DE TRANSITION
- 5.6 LES VOLETS DU FONDS DE TRANSITION EN SANTÉ MENTALE
  - 5.6.1 L'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale
  - 5.6.2 Le panier de services communautaires
  - 5.6.3 Promotion des soins en collaboration
    - 5.6.3.1 *Ressources humaines*
- 5.7 AUTRES MESURES
  - 5.7.1 Soutien des aidants naturels
    - 5.7.1.1 *Soutien du revenu*
    - 5.7.1.2 *Services de relève*

## **CHAPITRE 6: LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

- 6.1 INTRODUCTION
- 6.2 INTERVENTION PRÉCOCE
  - 6.2.1 Les années préscolaires
  - 6.2.2 Les enfants d'âge scolaire
    - 6.2.2.1 *Dépistage de la maladie mentale*
      - 6.2.2.1.1 Obstacles d'ordre juridique
      - 6.2.2.1.2 Obstacles d'ordre pratique
    - 6.2.2.2 *Stigmatisation et discrimination*
  - 6.2.3 Après l'école — Le passage au système pour adultes
    - 6.2.3.1 *Services de santé mentale*
    - 6.2.3.2 *Services sociaux*
- 6.3 PÉNURIE DE PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE TRAITANT LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS
  - 6.3.1 Mesures de transition
    - 6.3.1.1 *Mettre en commun les ressources existantes — La télépsychiatrie*
    - 6.3.1.2 *Mettre l'accent sur des modèles de traitement non traditionnels — La thérapie de groupe*
    - 6.3.1.3 *Travailler en coopération — Les conférences de cas*
- 6.4 INCLURE LES ADOLESCENTS ET LES SOIGNANTS MEMBRES DE LA FAMILLE DANS LE TRAITEMENT
- 6.5 L'AUTISME
- 6.6 CONCLUSION

## **CHAPITRE 7: NOS AÎNÉS**

- 7.1 INTRODUCTION
- 7.2 BESOINS DE TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS
- 7.3 LIEU DE PRESTATION DES SERVICES
  - 7.3.1 La réalité : un modèle de soins axé sur le fournisseur

- 7.3.2 L'idéal: un système de santé mentale axé sur le client
  - 7.3.2.1 *Adaptation des services aux endroits où vivent les aînés*
    - 7.3.2.1.1 Aînés vivant chez eux
    - 7.3.2.1.2 Aînés vivant chez des aidants familiaux
    - 7.3.2.1.3 Aînés vivant dans des établissements de soins actifs ou de soins de longue durée
  - 7.3.2.2 *Gestion de la transition*
- 7.4 LE DOUBLE PRÉJUDICE DE LA MALADIE MENTALE ET DU VIEILLISSEMENT
- 7.5 CONCLUSION

## **CHAPITRE 8: MILIEU DE TRAVAIL ET EMPLOI**

- 8.1 COMPRENDRE LES CONSÉQUENCES DES MALADIES MENTALES SUR LE PLAN HUMAIN EN MILIEU DE TRAVAIL
  - 8.1.1 Les nombreux facteurs qui contribuent au déclenchement d'une maladie mentale
  - 8.1.2 La nature épisodique de la maladie mentale
  - 8.1.3 La diversité des liens entre maladie mentale et travail
  - 8.1.4 Bien des points de recherche restent sans réponse
- 8.2 L'IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL
  - 8.2.1 L'impact des tendances économiques mondiales sur la santé mentale au travail
- 8.3 INITIATIVES À PARTIR DU LIEU DE TRAVAIL
  - 8.3.1 Prévention primaire
  - 8.3.2 Intervention secondaire
    - 8.3.2.1 *La gestion des limitations fonctionnelles*
    - 8.3.2.2 *Aménagement du lieu de travail*
      - 8.3.2.2.1 Autres aménagements en matière de santé mentale
    - 8.3.2.3 *Programmes d'aide aux employés (PAE)*
- 8.4 POSSIBILITÉS DE FORMATION
  - 8.4.1 Les programmes de réadaptation professionnelle
  - 8.4.2 Emploi assisté
  - 8.4.3 Initiatives de développement économique des consommateurs
  - 8.4.4 Le modèle du « club »
  - 8.4.5 Ateliers protégés
  - 8.4.6 Initiatives fédérales
- 8.5 ASSURANCE ET SOUTIEN DU REVENU
  - 8.5.1 Commissions des accidents de travail
  - 8.5.2 Les régimes d'assurance-invalidité des employeurs
  - 8.5.3 Programmes d'aide sociale provinciaux et territoriaux

- 8.5.4 Les programmes fédéraux de sécurité du revenu
  - 8.5.4.1 *Les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-I)*
  - 8.5.4.2 *Assurance-emploi (AE)*
  - 8.5.4.3 *Crédit d'impôt pour personnes handicapées*

## **CHAPITRE 9: LA TOXICOMANIE**

- 9.1 INTRODUCTION
- 9.2 LE VISAGE HUMAIN
- 9.3 DES COUPABLES BIEN CONNUS ET LE TORT QU'ILS CAUSENT
- 9.4 UNE NOUVELLE MENACE — LE JEU COMPULSIF
- 9.5 LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES
  - 9.5.1 Premières nations, Inuits et Métis
  - 9.5.2 Les femmes
  - 9.5.3 Les aînés
  - 9.5.4 Les enfants et les jeunes
- 9.6 RESPONSABILITÉ DU GOUVERNEMENT
- 9.7 DE NOUVELLES IDÉES QUI FONCTIONNENT
  - 9.7.1 Le traitement intégré de troubles concomitants
  - 9.7.2 La formation en soutien social et familial
  - 9.7.3 La réduction des méfaits
    - 9.7.3.1 *Les programmes d'échange de seringues (PES)*
    - 9.7.3.2 *Les centres d'injection supervisés (CIS)*
    - 9.7.3.3 *Vin et bière dans les refuges*
  - 9.7.4 Le tribunal de traitement de la toxicomanie (TTT)
  - 9.7.5 Programmes de jour et programmes de désintoxication à domicile
- 9.8 ÉTAPES MENANT À L'INTÉGRATION
  - 9.8.1 Miser sur les points communs
    - 9.8.1.1 *Le rétablissement*
    - 9.8.1.2 *L'entraide et le soutien par les pairs*
    - 9.8.1.3 *Les services communautaires non médicaux*
    - 9.8.1.4 *Les principaux déterminants de la santé*
    - 9.8.1.5 *L'intervention précoce*
  - 9.8.2 L'approche graduelle
    - 9.8.2.1 *Le modèle du quadrant*
    - 9.8.2.2 *Une perspective nationale commune*
    - 9.8.2.3 *Perspective à long terme*
- 9.9 CONCLUSION



## **CHAPITRE 10: ENTRAIDE ET SOUTIEN PAR LES PAIRS**

- 10.1 INTRODUCTION
- 10.2 ENTRAIDE ET SOUTIEN PAR LES PAIRS: POURQUOI?
  - 10.2.1 Trouver un endroit où l'on peut s'identifier à d'autres
  - 10.2.2 Compenser l'impuissance du rôle patient-usager
  - 10.2.3 Trouver l'espoir dans un océan de désespoir
  - 10.2.4 Une forme d'usurpation de l'identité
  - 10.2.5 Recouvrer sa propre histoire
  - 10.2.6 Répondre aux besoins d'information
  - 10.2.7 Être entendus
  - 10.2.8 Trouver la voie de la guérison
  - 10.2.9 Récapitulation
- 10.3 L'ENTRAIDE ET LE SOUTIEN PAR LES PAIRS AU CANADA
  - 10.3.1 Organisations bénévoles
  - 10.3.2 Soutien rémunéré des pairs
  - 10.3.3 Emploi de travailleurs rémunérés de soutien des pairs dans des organisations autonomes d'aide aux usagers et aux familles
  - 10.3.4 Récapitulation
- 10.4 RECHERCHE SUR L'ENTRAIDE ET LE SOUTIEN DES PAIRS
  - 10.4.1 Récapitulation
- 10.5 NOUVELLES VOIX
  - 10.5.1 Prestation des services
  - 10.5.2 Rétablissement
  - 10.5.3 Récapitulation
- 10.6 CONTRADICTIONS ET DÉFIS
  - 10.6.1 Travail rémunéré et bénévolat
  - 10.6.2 Services financés (liés) et non financés (libres mais sans ressources)
  - 10.6.3 Les limites de la recherche sur les pratiques exemplaires
  - 10.6.4 Récapitulation
- 10.7 MAINTENIR ET PROTÉGER
- 10.8 CONCLUSION

## **PARTIE IV**

## **RECHERCHE ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION**

### **CHAPITRE 11: LA RECHERCHE, L'ÉTHIQUE ET LA VIE PRIVÉE**

- 11.1 INTRODUCTION
- 11.2 LES SOURCES DE FINANCEMENT POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE AU CANADA

- 11.2.1 Le rôle fondamental des Instituts de recherche en santé du Canada
- 11.2.2 Le financement fédéral de la recherche sur la santé mentale
- 11.2.3 Autres sources de financement pour la recherche sur la santé mentale
- 11.2.4 Un financement ciblé est nécessaire
- 11.3 DIFFUSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE
- 11.4 APPLICATION DES CONNAISSANCES
- 11.5 UN PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE
- 11.6 SURVEILLANCE
- 11.7 RECHERCHE SUR DES SUJETS HUMAINS

## **CHAPITRE 12: LA TÉLÉSANTÉ MENTALE AU CANADA**

- 12.1 PROGRAMMES ACTUELS
- 12.2 AVANTAGES DE LA TÉLÉSANTÉ MENTALE
  - 12.2.1 Accès aux soins
  - 12.2.2 Améliorer le recrutement et la rétention dans les collectivités rurales
  - 12.2.3 Soins en collaboration
  - 12.2.4 Collectivités autochtones
- 12.3 DÉFIS
  - 12.3.1 Questions de compétences: autorisation d'exercer et rémunération
  - 12.3.2 Financement
  - 12.3.3 Évaluation
  - 12.3.4 Ressources humaines

## **PARTIE V LEADERSHIP FÉDÉRAL**

### **CHAPITRE 13: LE RÔLE DIRECT DU FÉDÉRAL**

- 13.1 LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS
  - 13.1.1 La compétence fédérale
  - 13.1.2 Programmes et services fédéraux
  - 13.1.3 Évaluation des besoins du groupe client
    - 13.1.3.1 *Les programmes et services d'Affaires indiennes et du Nord Canada*
    - 13.1.3.2 *Les programmes et services de Santé Canada*
    - 13.1.3.3 *Confusion entre ministères et ordres de gouvernements*
  - 13.1.4 Commentaire du Comité
- 13.2 LES DÉLINQUANTS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE
  - 13.2.1 La compétence fédérale
  - 13.2.2 Programmes et services fédéraux

- 13.2.2.1 *Centres de réception*
- 13.2.2.2 *Centres de traitement*
- 13.2.2.3 *Établissements ordinaires*
- 13.2.2.4 *Services de santé communautaires*
- 13.2.3 Évaluation des besoins du groupe client
  - 13.2.3.1 *Établissement*
  - 13.2.3.2 *Intégration communautaire*
  - 13.2.3.3 *Ressources humaines*
  - 13.2.3.4 *Groupes particuliers — isolement, femmes, Autochtones*
  - 13.2.3.5 *Toxicomanie*
- 13.2.4 Commentaire du Comité
- 13.3 LES FORCES ARMÉES CANADIENNES
  - 13.3.1 La compétence fédérale
  - 13.3.2 Programmes et services fédéraux
    - 13.3.2.1 *Services généraux de santé mentale*
    - 13.3.2.2 *Soutien en cas de stress opérationnel*
    - 13.3.2.3 *Stress et toxicomanie*
    - 13.3.2.4 *Congés et libérations pour cause médicale*
  - 13.3.3 Évaluation des besoins du groupe client
    - 13.3.3.1 *Soins généraux de santé mentale*
    - 13.3.3.2 *Résultats des interventions en santé mentale*
    - 13.3.3.3 *Recours en cas de problèmes de santé mentale*
  - 13.3.4 Commentaire du Comité
- 13.4 LES ANCIENS COMBATTANTS
  - 13.4.1 La compétence fédérale
  - 13.4.2 Programmes et services fédéraux
    - 13.4.2.1 *Pension d'invalidité*
    - 13.4.2.2 *Programme de soins de santé*
    - 13.4.2.3 *Efforts conjoints en santé mentale*
  - 13.4.3 Évaluation des besoins du groupe client
    - 13.4.3.1 *Pension d'invalidité*
    - 13.4.3.2 *Gestion de cas*
    - 13.4.3.3 *Prestation de service*
  - 13.4.4 Commentaire du Comité
- 13.5 LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA
  - 13.5.1 La compétence fédérale
  - 13.5.2 Programmes et services fédéraux
  - 13.5.3 Évaluation des besoins du groupe client
  - 13.5.4 Commentaire du Comité
- 13.6 LES IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS
  - 13.6.1 La compétence fédérale
  - 13.6.2 Programmes et services fédéraux
    - 13.6.2.1 *Programme fédéral de santé intérimaire*
    - 13.6.2.2 *Autres initiatives*
  - 13.6.3 Évaluation des besoins du groupe client
  - 13.6.4 Commentaire du Comité

- 13.7 LES EMPLOYÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE FÉDÉRALE
  - 13.7.1 La compétence fédérale
  - 13.7.2 Programmes et services fédéraux
  - 13.7.3 Évaluation des besoins du groupe client
  - 13.7.4 Commentaire du Comité
- 13.8 VERS UNE STRATÉGIE GLOBALE VISANT LA CLIENTÈLE FÉDÉRALE
  - 13.8.1 Approche axée sur les déterminants de la santé
  - 13.8.2 Activités visant à éliminer la stigmatisation
  - 13.8.3 Voies de recours
  - 13.8.4 Évaluation de l'assurance fédérale en santé mentale
  - 13.8.5 Coordination et rapport au Parlement

## **CHAPITRE 14: LES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA**

- 14.1 INTRODUCTION
  - 14.1.1 Un comité consultatif national des Autochtones
- 14.2 LE BIEN-ÊTRE COMME OBJECTIF
  - 14.2.1 La santé mentale plutôt que la maladie mentale
- 14.3 LE BIEN-ÊTRE PAR LA GUÉRISON
  - 14.3.1 La nécessité de guérir
- 14.4 STRATÉGIE DE BIEN-ÊTRE ET DE GUÉRISON
- 14.5 AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ POUR CHAQUE GROUPE
  - 14.5.1 Approches propres à chaque groupe et culture
  - 14.5.2 Des appuis familiaux et communautaires
  - 14.5.3 Les enfants et les jeunes
  - 14.5.4 Les conditions socio-économiques
  - 14.5.5 Les femmes
  - 14.5.6 Recommandations
- 14.6 AGIR SUR LES CHAMPS DE COMPÉTENCE
  - 14.6.1 Définir le rôle du gouvernement fédéral
  - 14.6.2 Focaliser les efforts des ministères fédéraux
  - 14.6.3 Recommandations
- 14.7 AGIR SUR LA PRESTATION DES PROGRAMMES ET SERVICES
  - 14.7.1 Pouvoir et compétence de la collectivité
  - 14.7.2 Accommodement culturel
  - 14.7.3 Égalité d'accès
  - 14.7.4 Recommandations
- 14.8 MESURES PARTICULIÈRES
  - 14.8.1 Reconstitution de la Fondation autochtone de guérison
  - 14.8.2 Accroissement des ressources humaines en santé
  - 14.8.3 Prévention du suicide
  - 14.8.4 Réduction de l'alcoolisme et de la toxicomanie

- 14.9 ÉVALUER LES DONNÉES ET LE FINANCEMENT
  - 14.9.1 Des données élargies
  - 14.9.2 Remanier le financement
  - 14.9.3 Financement destiné aux jeunes
  - 14.9.4 Recommandations
- 14.10 CONCLUSION

## **PARTIE VI PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET COORDINATION INTERGOUVERNEMENTALE**

### **CHAPITRE 15: PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DES TROUBLES**

- 15.1 INTRODUCTION
- 15.2 PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE : LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE
- 15.3 PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX : FACTEURS DE RISQUES ET FACTEURS DE PROTECTION
- 15.4 LE BESOIN DE DONNÉES SCIENTIFIQUES CONCRÈTES
- 15.5 LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL
- 15.6 PRÉVENTION DU SUICIDE
- 15.7 CONCLUSION

### **CHAPITRE 16 : INITIATIVES NATIONALES POUR LA SANTÉ MENTALE**

- 16.1 VERS UNE STRATÉGIE NATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE
  - 16.1.1 De quel type de stratégie nationale avons-nous besoin?
  - 16.1.2 Éléments d'une « stratégie nationale »
  - 16.1.3 Création de la Commission canadienne de la santé mentale
  - 16.1.4 La dimension nationale du présent rapport
- 16.2 PROPOSITION DE CRÉATION D'UNE COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE
  - 16.2.1 Raison d'être : pourquoi faut-il créer une commission?
  - 16.2.2 Principes directeurs de la Commission canadienne de la santé mentale
  - 16.2.3 Mission/mandat de la Commission
  - 16.2.4 Fonctionnement de la Commission
  - 16.2.5 Activités de la Commission
  - 16.2.6 Composition du conseil de la Commission
  - 16.2.7 Personnel de la Commission
  - 16.2.8 Financement de la Commission
  - 16.2.9 Annexe

- 16.3 MISE EN ACTIVITÉ DE LA COMMISSION
- 16.4 AUTRES COMMENTAIRES SUR LA CRÉATION DE LA COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE
  - 16.4.1 Nature de la « représentation » au sein de la Commission
  - 16.4.2 Campagne contre la stigmatisation
  - 16.4.3 Centre d'échange des connaissances
- 16.5 NÉCESSITÉ D'UN INVESTISSEMENT FÉDÉRAL EN SANTÉ MENTALE
  - 16.5.1 Gestion du Fonds de transition
  - 16.5.2 Calcul estimatif du coût total du Panier de services communautaires
  - 16.5.3 Initiative d'aide au logement pour la santé mentale
  - 16.5.4 Autres éléments du Fonds de transition
    - 16.5.4.1 *Initiatives axées sur les problèmes de consommation d'alcool et de drogue, les comportements dépendants et les troubles concomitants*
    - 16.5.4.2 *Télesanté mentale*
    - 16.5.4.3 *Soutien par les pairs*
- 16.6 RECHERCHE
- 16.7 FINANCEMENT DU SOUTIEN FÉDÉRAL À LA SANTÉ MENTALE
- 16.8 COÛT TOTAL ET MOYENS POSSIBLES D'ÉQUILIBRER LES RECETTES ET LES DÉPENSES
- 16.9 CONCLUSION

## **EPILOGUE — LE VISAGE HUMAIN D'UN SYSTÈME TRANSFORMÉ**

L'HISTOIRE DE JULIE  
 LA RÉALITÉ ACTUELLE  
 CE QUI DEVRAIT ÊTRE

### **ANNEXE A: RECOMMANDATIONS**

**ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ -PREMIÈRE SESSION DE LA 38<sup>E</sup> LÉGISLATURE (OCTOBRE 2004 — 29 NOVEMBRE 2005)**

**ANNEXE C: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ -TROISIÈME SESSION DE LA 37<sup>E</sup> LÉGISLATURE (FÉVRIER AU 23 MAI 2004)**

**ANNEXE D: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ -DEUXIÈME SESSION DE LA 37<sup>E</sup> LÉGISLATURE (SEPTEMBRE 2002 — 12 NOVEMBRE 2003)**