

Changer les orientations, changer des vies :
Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada



Équipe de projet :

Mary Bartram, Howard Chodos, Sarah Gosling, Susan Lynn Hardie, Francine Knoops,
Louise Lapierre, Donna Lyons, Barbara Neuwelt

Coordonnatrice de la traduction :

Mylène Proulx



This document is available in English.

Ce document est disponible au www.commissionsantementale.ca.

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, Alberta : Auteur.

©2012 Commission de la santé mentale du Canada

10301, Southport Lane Sud-Ouest, Calgary (Alberta) T2W 1S7

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Les vues exprimées dans ce document sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-0-9813795-3-1

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada

AVANT-PROPOS

Au nom de la Commission de la santé mentale du Canada, nous sommes très heureux de vous présenter *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. La publication de ce document marque l'accomplissement d'un élément essentiel du mandat confié à la Commission de la santé mentale du Canada par le gouvernement canadien en avril 2007.

La Commission s'est inspirée de l'expérience, des connaissances et des conseils de milliers de personnes de toutes les régions du pays au cours de l'élaboration de la présente stratégie. Les témoignages que nous avons reçus de personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, de leurs proches et des intervenants qui travaillent avec eux nous ont émus, nous ont mis en colère et nous ont inspirés.

La présente stratégie a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être de toute la population et de créer, ensemble, un système de santé mentale pouvant véritablement répondre aux besoins de personnes de tous les âges ayant des troubles mentaux et des maladies mentales et de leurs proches. Ce ne sera pas chose facile. Il n'existe aucune solution miracle ni de modèle universel pouvant répondre aux particularités de chaque administration et à chaque situation.

La présente stratégie aborde donc une vaste gamme d'enjeux et propose un grand nombre de changements pour améliorer le système. L'application des recommandations incombe désormais aux gouvernements, aux pourvoyeurs de services en santé mentale et de services connexes ainsi qu'aux innombrables usagers de partout au pays. La Commission continuera à faire sa part, mais la transformation du système de la santé mentale au Canada est vraiment l'affaire de tous.

Nous croyons qu'il se présente aujourd'hui une occasion historique d'améliorer le système. Ce ne sera pas facile, mais un vent de changement souffle sur le système de la santé mentale depuis plusieurs années.

Nous pouvons et nous devons vaincre la stigmatisation qui, depuis trop longtemps, contamine l'attitude des gens et alimente la discrimination dont ont été victimes tant de personnes. Nous pouvons et nous devons faire en sorte que toute personne aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale puisse compter sur des formes de soutien, des traitements et des services comparables à ceux offerts aux personnes éprouvant des problèmes physiques. Nous pouvons et nous devons promouvoir la santé mentale pour les personnes de tous les horizons et mettre en œuvre tous les moyens possibles pour réduire le risque qu'elles développent des troubles mentaux ou une maladie mentale ou qu'elles atteignent un tel état de désespoir qu'elles envisagent le suicide.

On constate cependant une évolution manifeste. Les médias jouent un rôle de plus en plus constructif. Les employeurs et les gouvernements sont aussi de plus en plus conscients des effets d'une bonne santé mentale sur le plan économique. Jour après jour, nous disposons de nouvelles connaissances sur les méthodes efficaces pour promouvoir le rétablissement et le bien-être.

Changer les orientations, changer des vies fournit le canevas pour traduire ce désir de changement en mesures concrètes et pour conjuguer les efforts menés partout au pays en un mouvement pancanadien en faveur de la santé mentale que rien ne pourra arrêter. Joignez-vous à nous pour que ce changement devienne réalité.



Michael Kirby



David Goldbloom



Louise Bradley

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos			3
Sommaire			7
Santé mentale, maladie mentale, rétablissement et bien-être			13
Orientation stratégique 1			16
Promotion et prévention			16
PRIORITÉ 1.1		PRIORITÉ 1.3	
Sensibilisation	18	Milieus de travail	23
PRIORITÉ 1.2		PRIORITÉ 1.4	
Enfants et jeunes	20	Aînés	26
Orientation stratégique 2			29
Rétablissement et droits			29
PRIORITÉ 2.1		PRIORITÉ 2.3	
Politiques et pratiques	31	Droits	36
PRIORITÉ 2.2		PRIORITÉ 2.4	
Participation active	34	Justice criminelle	39
Orientation stratégique 3			42
Accès aux services			42
PRIORITÉ 3.1		PRIORITÉ 3.4	
Services de première ligne	45	Soutien par les pairs	56
PRIORITÉ 3.2		PRIORITÉ 3.5	
Services dans la communauté	48	Logement et emploi	58
PRIORITÉ 3.3			
Soins aigus et soins intensifs	51		

Orientation stratégique 4			
Disparités et diversité			62
PRIORITÉ 4.1		PRIORITÉ 4.3	
Déterminants sociaux	63	Communautés du Nord et communautés éloignées	68
PRIORITÉ 4.2		PRIORITÉ 4.4	
Immigrants, réfugiés, membres de groupes ethnoculturels ou racialisés	65	Minorités s'exprimant dans une langue officielle	71
		PRIORITÉ 4.5	
		Facteurs liés au sexe et sexualité	73
Orientation stratégique 5			
Premières nations, Inuits et Métis			75
PRIORITÉ 5.1		PRIORITÉ 5.3	
Volet des Premières nations	77	Volet des Métis	83
PRIORITÉ 5.2		PRIORITÉ 5.4	
Volet des Inuits	80	Enjeux propres aux milieux urbains ou ruraux et enjeux sociaux	86
Orientation stratégique 6			
Leadership et collaboration			90
PRIORITÉ 6.1		PRIORITÉ 6.3	
Coordination	91	Ressources humaines	98
PRIORITÉ 6.2		PRIORITÉ 6.4	
Connaissances	94	Expérience vécue	100
Appel à l'action			102
INVESTISSEMENT	105	TRAVAILLER DE CONCERT	108
INDICATEURS	106		
Références			109

SOMMAIRE

La présente stratégie en matière de santé mentale constitue une première pour le Canada. Sa publication marque une étape déterminante pour faire sortir la maladie mentale « de l'ombre à la lumière » et reconnaître, en paroles et en actes, le fait indéniable que la santé mentale est une composante essentielle de la santé.

Malgré le fait que le gouvernement fédéral assume d'importantes responsabilités en matière de santé mentale pour certains groupes de la population et dans différents domaines de compétence publique, l'organisation et la prestation des services de santé, des services sociaux et de l'éducation au Canada relèvent principalement des administrations provinciales et territoriales. En dépit du fait que des initiatives pancanadiennes pourraient appuyer les efforts de toutes les administrations pour améliorer les résultats en santé mentale, il existe peu de plans qui traitent de ces questions d'un point de vue pancanadien. Les défis posés par la division des compétences entre les divers paliers de gouvernement sont encore aggravés du fait que la stigmatisation contribue depuis trop longtemps à écarter la discussion sur les enjeux de santé mentale de l'arène publique.

Changer les orientations, changer des vies est l'aboutissement de nombreuses années de travail et de revendications menées par des individus de partout au pays. Son développement a largement été influencé par les milliers de témoignages reçus de personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. Celles-ci ont été toujours plus nombreuses à trouver le courage de parler ouvertement de leur expérience et des nombreux obstacles qu'elles ont dû surmonter pour obtenir l'aide et le soutien dont elles avaient besoin au sein d'un système de santé mentale sous-financé et fragmenté. Les familles sont venues corroborer ces témoignages tout en soulignant les défis qu'elles ont aussi eu à relever. Les pourvoyeurs de services (au sein du système de la santé mentale comme à l'extérieur), les chercheurs et les experts en matière de politiques ont joint leur voix à celles qui réclament des changements indispensables. Ils ont tous joué un rôle dans l'élaboration de la présente stratégie.

Chaque année, une personne sur cinq au Canada est aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale, ce qui représente des coûts d'au-delà de 50 milliards de dollars pour l'économie¹.

***Changer les orientations, changer des vies* veut améliorer les résultats en santé mentale au sein de l'ensemble de la population canadienne.** La publication de cette stratégie survient à un moment propice et rempli d'espoir pour le domaine de la santé mentale. Malgré les nombreux défis qu'il faut encore relever, on constate partout des avancées encourageantes. Non seulement l'intérêt des médias et des entreprises pour la santé mentale se confirme de plus en plus, mais les gouvernements provinciaux et territoriaux ont aussi développé de nouvelles initiatives et élaboré de nouvelles stratégies dans ce domaine.

Parallèlement, nos connaissances sur les moyens les plus efficaces pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale augmentent de jour en jour. Aussi, on reconnaît davantage que toute personne peut aspirer à une meilleure santé mentale et à un plus grand bien-être ainsi qu'à une vie épanouissante et productive. Des gens de partout au pays—professionnels, bénévoles, pairs et proches aidants—se sont consacrés à l'amélioration de la santé mentale, à la fois en intervenant auprès des personnes et en cherchant des moyens de créer des conditions sociales et économiques plus propices à la santé mentale de toute la population. Leur succès se reflète dans l'excellence de leurs initiatives menées dans toutes les régions du pays*.

La présente stratégie reconnaît qu'il sera impossible de réduire l'impact des troubles mentaux et des maladies mentales en misant sur le traitement seulement. La société canadienne doit davantage préconiser la promotion de la santé mentale pour toute la population et prévenir la maladie mentale le plus possible. Les données probantes attestant l'efficacité des programmes de promotion et de prévention ne cessent de s'accumuler depuis de nombreuses années, au Canada comme ailleurs dans le monde. Nous ne pouvons nous permettre d'attendre plus longtemps avant de mettre en œuvre de tels programmes partout où cela est possible.

Le Canada avait besoin d'un plan pour améliorer un système qui ne fonctionne pas bien. On a accompli des progrès considérables partout au pays, mais il y a encore loin de la coupe aux lèvres. Comme l'a souligné le rapport phare intitulé *De l'ombre à la lumière* publié en 2006, « le statu quo n'est pas une option »². Seule une personne sur trois qui a un trouble mental ou une maladie mentale—et aussi peu qu'un enfant ou qu'un jeune sur quatre—dit avoir cherché et obtenu des services et des traitements. Ce n'est pas le cas chez les personnes qui éprouvent d'autres problèmes de santé^{3,4}.

Les raisons sont nombreuses. La stigmatisation et la crainte d'être étiqueté font qu'un grand nombre de personnes décident de ne pas demander de l'aide. De plus, trouver les services appropriés peut poser un sérieux défi. Certaines personnes ne reconnaissent pas qu'elles ont un problème, soit par ignorance, soit parce que la maladie les rend incapables de comprendre ce qui leur arrive ou de se rendre compte qu'elles auraient avantage à chercher de l'aide. Tous ceux qui ont besoin de services en santé mentale devraient y avoir accès et le moment est venu de réaliser cet objectif.

* Ce document contient un échantillon de programmes menés dans toutes les régions du pays qui affichent des résultats prometteurs. Il ne constitue nullement un répertoire exhaustif des pratiques exemplaires et prometteuses menées au pays. Il illustre plutôt ce que bon nombre des recommandations de la stratégie pourraient produire en pratique.

La stratégie constitue un plan en faveur du changement. Elle a été élaborée par la Commission de la santé mentale du Canada (la « Commission »), en concertation avec des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, leurs proches, des intervenants du milieu, les gouvernements et des spécialistes en la matière. La Commission est un organisme autonome établi par le gouvernement fédéral en 2007 en réponse à une recommandation formulée dans le rapport *De l'ombre à la lumière*.

La stratégie a été mise au point en deux étapes distinctes. La première étape a été conclue en 2009 avec la publication du document de la Commission intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*⁵. Le Cadre présentait une vision et définissait de grands objectifs qui reflétaient l'émergence d'un consensus dans le milieu de la santé mentale. Il brossait un portrait éloquent du système de santé mentale qu'il fallait mettre en place :

- un système où l'on reconnaît que la santé mentale est un élément essentiel de la qualité de vie et où l'on fait appel aux meilleures recherches et connaissances pour venir en aide aux personnes ayant des troubles mentaux et des maladies mentales, de la même manière dont on le fait pour les gens ayant des problèmes de santé physique;
- un système où chaque personne peut croire qu'il lui est possible de se rétablir, où les familles peuvent bénéficier d'un soutien et où l'on favorise le meilleur état de santé et de bien-être possible pour l'ensemble de la population;
- un système qui assure l'accès équitable à toute une gamme de services, de traitements et de formes de soutien de qualité pour chacun, sans égard à l'origine, au vécu ou à la situation particulière des individus;
- un système où l'on fait en sorte que les personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux et des maladies mentales puissent exercer pleinement leur rôle de citoyens en participant à la vie économique et sociale.

Toutes les personnes qui habitent le Canada ont la possibilité d'atteindre le meilleur état de santé mentale et de bien-être possible.

— *Énoncé de vision, Vers le rétablissement et le bien-être*

Nous savons ce qu'il faut faire. Pour traduire cette vision en recommandations d'action, la stratégie s'est appuyée sur les meilleures données probantes et sur les avis obtenus auprès de milliers de personnes partout au Canada. Elle traite de nombreux enjeux et les recommandations qu'elle contient ont été regroupées en six grandes orientations stratégiques. Chaque orientation met l'accent sur une dimension particulière; lorsqu'on les considère ensemble, elles constituent un plan exhaustif. Les six orientations stratégiques sont les suivantes :

- 1. Promouvoir la santé mentale tout au long de la vie à la maison, en milieu scolaire et au travail, et prévenir le plus possible les maladies mentales et le suicide.** La réduction des troubles mentaux et de la maladie mentale et l'amélioration de la santé mentale de la population exigent des efforts de promotion et de prévention au quotidien, là où les effets sont plus aptes à se faire sentir.
- 2. Promouvoir le rétablissement et le bien-être et défendre les droits des personnes de tout âge ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.** La clé du rétablissement est de parvenir à ce que les gens puissent avoir accès à la bonne combinaison de services, de traitements et de formes de soutien et à ce que l'on élimine la discrimination en levant les obstacles à la pleine participation au travail, à l'éducation et à la vie communautaire.
- 3. Donner accès à la bonne combinaison de services, de traitements et de formes de soutien en temps opportun, là où les personnes en ont besoin.** L'éventail complet de services, de traitements et de formes de soutien comprend les services de santé de première ligne, les services offerts dans la communauté et les services spécialisés en santé mentale, le soutien par les pairs et les mesures d'aide au logement, à l'éducation et au travail.
- 4. Réduire les inégalités en ce qui a trait aux facteurs de risque et à l'accès aux services en santé mentale et mieux répondre aux besoins des diverses communautés ainsi qu'à ceux des communautés du Nord.** On doit tenir compte des besoins en matière de santé mentale dans le cadre des mesures d'amélioration des conditions de vie et lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins particuliers de groupes tels que les néo-Canadiens et les résidents du Nord ou des régions éloignées.
- 5. Travailler avec les Premières nations, les Inuits et les Métis pour répondre aux besoins distincts de ces populations en matière de santé mentale en reconnaissant le caractère unique de leur situation, leurs droits et leur culture.** En faisant la promotion de l'accès à un continuum complet de services de santé mentale sécuritaires sur le plan culturel, *Changer les orientations, changer des vies* peut contribuer à faire surgir la vérité sur les traumatismes intergénérationnels, aider la guérison de ceux-ci et favoriser la réconciliation entre les parties impliquées.
- 6. Mobiliser le leadership, améliorer les connaissances et favoriser la collaboration à tous les niveaux.** La transformation du système de la santé mentale est possible à la condition d'adopter une approche interministérielle dans la mise en œuvre de politiques en matière de santé mentale, de permettre aux personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale et leurs proches d'exercer un rôle de leadership et de mettre en place une solide infrastructure favorisant la collecte des données, la recherche et le développement des ressources humaines.

***Changer les orientations, changer des vies* lance un appel à tous les Canadiens pour qu'ils jouent un rôle dans l'amélioration du système de la santé mentale.** Il ne sera pas possible de mettre en œuvre toutes ses recommandations simultanément. Par ailleurs, dans un pays aussi diversifié que le Canada, la transformation du système de la santé mentale constitue une tâche complexe que l'on ne peut accomplir grâce à une solution universelle. En dépit du large consensus autour des orientations clés en faveur du changement, on ne s'entendra jamais entièrement sur les moyens à prendre, sur ce qui doit changer ni sur l'ordre des priorités.

La santé mentale n'est pas seulement l'affaire du secteur de la santé. Les politiques et les pratiques de nombreux ministères (éducation, justice, services correctionnels, services sociaux, finances et autres) ont des répercussions majeures sur la santé mentale et le bien-être de la population. De nombreux autres acteurs ont aussi un rôle à jouer, notamment les employeurs, les organisations non gouvernementales et les médias.

Il incombera aux communautés dans chaque région du pays et aux divers paliers de gouvernement d'utiliser les recommandations de la stratégie pour élaborer leurs propres plans d'action, en tenant compte de leurs besoins particuliers. En ce sens, *Changer les orientations, changer des vies* s'appuie sur un effort collectif où tous les individus—qu'ils proviennent de grandes organisations ou agissent seuls, qu'ils travaillent dans le domaine de la santé mentale ou à l'extérieur—peuvent contribuer à changer les choses.

Il faudra du temps, des efforts soutenus et du leadership à tous les niveaux pour mettre en œuvre les recommandations de la présente stratégie. Elle lance donc un appel aux :

- Personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale et leurs proches afin qu'ils participent plus activement à la planification, à l'organisation et à la prestation des services, traitements et formes de soutien en santé mentale.
- Pourvoyeurs de services de santé afin qu'ils travaillent de concert avec les planificateurs, les bailleurs de fonds et les usagers pour examiner quels changements doivent être apportés à leurs façons de travailler afin que l'on puisse créer un système plus intégré, axé sur les besoins des personnes et qui favorise le rétablissement.
- Gouvernements afin qu'ils adoptent une approche globale pour répondre aux besoins en matière de santé mentale, en procédant à une nouvelle allocation des fonds pour améliorer les résultats et en mettant fin aux années de sous-financement dans tous les volets de la santé mentale.
- Décideurs des institutions publiques et des entreprises privées afin qu'ils créent des milieux de travail sains sur le plan psychologique en plus d'appuyer le mouvement en faveur de l'amélioration de la santé mentale.
- Canadiens afin qu'ils promeuvent la santé mentale au quotidien, qu'ils aient une attitude moins stigmatisante et qu'ils reconnaissent que nous avons tous beaucoup en commun; d'ailleurs, lorsqu'il est question de santé et de bien-être mental, il n'y a pas de « nous » et « d'eux ».

Pour susciter le changement, il faudra investir stratégiquement, établir des indicateurs précis de progrès et s'appuyer sur un mouvement social fort. Le programme que propose *Changer les orientations, changer des vies* est des plus ambitieux, mais on peut le réaliser étape par étape. Ce document propose des orientations pro-pices au changement et s'inspire de nombreuses initiatives remarquables déjà en cours dans tous les coins du pays. Bon nombre des recommandations proposent des moyens de maximiser les bénéfices qui proviennent de ressources déjà en place.

Parallèlement, compte tenu du fait que la santé mentale a été un secteur longtemps négligé, la stratégie souligne la nécessité d'accroître les investissements pour parvenir à de meilleurs résultats. Voici l'approche proposée en ce qui a trait au financement :

- Augmenter la part du budget allouée à la santé mentale dans le financement de la santé de 7 à 9 % au cours des dix prochaines années.
- Augmenter de deux points de pourcentage la part du budget allouée à la santé mentale dans le financement des programmes sociaux.
- Déterminer quelles dépenses en santé mentale devraient être réaffectées pour améliorer l'efficacité et parvenir à de meilleurs résultats.
- Encourager le secteur privé et le milieu philanthropique à investir dans la santé mentale.

Il ne suffit pas d'élaborer un plan d'action, aussi bon soit-il. Les répercussions de *Changer les orientations, changer des vies* devraient être évaluées au bout de cinq ans pour apprécier les progrès réalisés. La stratégie propose une première série d'indicateurs auxquels on pourrait avoir recours à cette fin. Elle recommande aussi d'élaborer et de mettre en œuvre un programme à long terme pour mieux suivre l'évolution de la santé mentale et du bien-être de la population canadienne.

Enfin, la stratégie reconnaît qu'il faut apporter une dimension supplémentaire aux efforts à déployer pour susciter des changements aussi importants. Elle lance un appel à tous les Canadiens de partout au pays pour qu'ils s'investissent davantage dans la cause de la santé mentale, qu'ils agissent au niveau local, régional et national et qu'ils donnent naissance à un vaste mouvement social en faveur d'une meilleure santé mentale au Canada.

L'objectif de *Changer les orientations, changer des vies* est de s'assurer que le Canada s'engage concrètement dans la voie du changement. En faisant mieux connaître les enjeux liés à la santé mentale et en stimulant le débat public à ce sujet, la stratégie contribuera à atténuer les attitudes stigmatisantes et à réduire davantage la discrimination alimentée par la stigmatisation.

La stratégie aidera à faire en sorte que les personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale, surtout quand ils sont graves ou complexes, soient traitées avec respect et dignité et qu'elles puissent jouir des mêmes droits que tous les autres résidents du Canada.

Ensemble, nous pouvons nous assurer que toute personne vivant au Canada puisse atteindre le meilleur état de santé mentale et de bien-être possible.

Pour l'ensemble de la société canadienne, il est de plus en plus clair qu'il n'y a jamais eu meilleur moment pour aider la cause de la santé mentale et qu'il est temps d'agir. *Changer les orientations, changer des vies* contribuera à ce que cet espoir de changement se réalise.

SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE, RÉTABLISSEMENT ET BIEN-ÊTRE

Le document *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, publié par la Commission en 2009, définissait une vision et les grands objectifs d'une réforme du système de santé mentale. Il contenait une façon de concevoir la santé mentale, la maladie mentale, le rétablissement et le bien-être qui sous-tend les recommandations contenues dans *Changer les orientations, changer des vies* :

Santé mentale et maladie mentale. La santé mentale, qui est différente de l'absence de maladie mentale, est essentielle à une bonne santé générale. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté⁶.

Une bonne santé mentale constitue une protection contre les pressions et les difficultés de la vie et elle peut ainsi contribuer à réduire le risque de développer des troubles mentaux ou des maladies mentales. Même si une personne est atteinte d'un trouble mental ou d'une maladie mentale, elle peut conserver un bon état de santé mentale, ce qui peut faciliter le processus de rétablissement⁷. La présente stratégie propose des moyens de promouvoir la santé mentale à la maison, à l'école, au travail et dans la communauté.

Il existe plusieurs formes de troubles mentaux et de maladies mentales. Il peut s'agir de maladies ou de troubles aussi courants que l'anxiété et la dépression aussi bien que de troubles mentaux ou d'une maladie mentale plus rares, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire. On ne cherche pas, dans la présente stratégie, à établir une nette démarcation entre les « troubles » et les « maladies » ni à clore toutes les controverses autour de questions terminologiques. C'est pourquoi nous avons délibérément opté pour l'expression « troubles mentaux et maladies mentales » de façon à respecter un vaste éventail de points de vue.

Dans ce document, la locution « troubles mentaux et maladies mentales » comprend toute la gamme de comportements, de façons de penser et d'émotions qui peuvent être à l'origine d'une détresse, d'une souffrance ou d'une incapacité dont les effets peuvent se faire sentir à l'école, au travail ou dans les rapports sociaux et familiaux et peuvent empêcher une personne de vivre de façon autonome.

Le type de symptômes de troubles mentaux ou de maladies mentales, ainsi que leur intensité et leur durée, peuvent varier grandement d'une personne à l'autre et en fonction du trouble ou de la maladie. Les symptômes ne suivent pas toujours un schéma régulier; il se peut qu'ils ne se manifestent qu'une seule fois ou qu'il y ait plusieurs épisodes sur plusieurs années. Certains troubles mentaux et certaines maladies mentales peuvent provoquer de vifs sentiments de désespoir et une mauvaise estime de soi pouvant mener au suicide.

Les gens qui ont des maladies chroniques, des dépendances, des troubles neurologiques tels que la démence, des troubles du développement, des troubles d'apprentissage ou, encore, l'autisme peuvent avoir en parallèle des troubles mentaux et des maladies mentales. S'il est vrai que la présente stratégie n'aborde pas tous les enjeux liés aux troubles de santé, de comportement et de nature neurologique qui sont associés de près aux troubles mentaux et aux maladies mentales, elle comprend néanmoins des recommandations pour mieux coordonner les efforts en ce qui a trait à la prévention ainsi qu'à la prestation des services.

Il n'y a pas qu'une cause aux troubles mentaux et aux maladies mentales et personne n'en est à l'abri, peu importe le lieu de résidence, l'âge ou le statut social. On estime que les troubles mentaux et les maladies mentales sont le résultat d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, économiques, psychologiques, biologiques et génétiques, lesquels ont aussi des effets sur l'état général de santé mentale et de bien-être. Notre compréhension de ces facteurs croît grâce à la recherche scientifique et à l'étude de nombreuses autres sources de connaissances.

Certains facteurs, tels que la pauvreté et l'itinérance, ne relèvent pas uniquement du système de santé et de santé mentale. Il importe toutefois de reconnaître leurs effets, ainsi que ceux d'autres conditions sociales, sur la santé mentale et de définir les changements pertinents à apporter aux politiques publiques et privées.

Rétablissement et bien-être. La bonne nouvelle, c'est qu'il est de plus en plus possible de se rétablir. Dans ce document, le concept de « rétablissement » se réfère à la possibilité de mener une vie satisfaisante, pleine d'espoir et utile, en dépit des inconvénients causés par les troubles de santé mentale.

Promouvoir le rétablissement, cela ne veut pas dire créer de faux espoirs. Avec le bon agencement de services, de traitements et de formes de soutien, de nombreuses personnes qui ont de graves maladies mentales peuvent voir leurs symptômes s'alléger grandement et elles profitent ainsi d'une meilleure qualité de vie. Il leur est alors possible de se fixer des objectifs et de donner un sens à leur existence⁸. Le rétablissement ne veut pas toujours dire « guérison », mais ce concept reconnaît qu'une rémission totale des symptômes peut advenir dans certains cas.

Le concept de rétablissement est fondé sur l'espoir, l'appropriation du pouvoir d'agir, l'auto-détermination et la responsabilité. Dans un système axé sur le rétablissement, les personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux et des maladies mentales sont traitées avec respect et dignité. Dans la mesure du possible, elles sont appelées à maintenir le contrôle et la responsabilité sur leur santé mentale et leur bien-être et à choisir elles-mêmes les services, les traitements et les formes de soutien qui leur conviennent le mieux, en se fondant sur les conseils des professionnels, ainsi que de leurs pairs et de leurs proches.

L'approche en matière de rétablissement préconisée dans la présente stratégie a été élargie pour y intégrer le concept de bien-être, de sorte qu'en l'adaptant à différentes périodes de la vie, les principes du rétablissement peuvent s'appliquer à tout le monde. Pour les enfants en bas âge et les jeunes, il s'agit, par exemple, de mettre l'accent sur la résilience et sur les meilleurs moyens d'atteindre une bonne santé mentale au fur et à mesure de leur développement. Dans le cas des aînés, il est essentiel de s'attaquer aux problèmes associés au vieillissement. Un bon état de santé mentale et de bien-être est important pour toute personne, qu'elle ait ou non un trouble mental ou une maladie mentale et qu'importe son âge.

Prévention du suicide dans le cadre de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada

Le suicide a des conséquences dévastatrices sur les individus, les familles et la société canadienne. On doit aborder la question du suicide en même temps que les enjeux en santé mentale. Sur les 4 000 Canadiens qui se donnent la mort chaque année, la plupart étaient aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale⁹. Le suicide, les troubles mentaux et les maladies mentales ont aussi en commun certains risques et facteurs de protection.

Changer les orientations, changer des vies comprend de nombreuses recommandations qui, une fois qu'elles seront mises en œuvre, contribueront grandement à prévenir davantage le suicide au Canada. Ces recommandations sont également bien alignées sur celles de la stratégie nationale publiée en 2009 par l'Association canadienne pour la prévention du suicide, de même que sur les initiatives provinciales et territoriales telles que la *Stratégie de prévention du suicide au Nunavut*^{10,11}. Voici quelques-unes de ces recommandations :

- Accroître la capacité des familles, des écoles, des milieux de travail et des personnes œuvrant auprès des aînés à promouvoir la bonne santé mentale, à atténuer la stigmatisation et à prévenir la maladie mentale et le suicide le plus possible; sensibiliser le public quant aux moyens de reconnaître les troubles mentaux et les maladies mentales et aux façons de demander de l'aide (littératie en matière de santé mentale); former les intervenants de première ligne en maladie mentale et en prévention du suicide (orientation stratégique 1).
- Soutenir les familles dans la tristesse et le deuil qu'elles éprouvent à la suite du suicide; faire appel aux connaissances des personnes et des familles qui ont une expérience tangible du suicide, des tentatives de suicide et du risque de suicide en favorisant leur participation à la prise de décision (orientation stratégique 2).
- Élargir l'accès aux services, traitements et formes de soutien en santé mentale, y compris le dépistage des troubles mentaux et l'évaluation des risques de suicide dans les services de première ligne (orientation stratégique 3).
- S'attaquer aux facteurs de risque sous-jacents tels que la pauvreté et les traumatismes et mieux répondre aux besoins en matière de santé mentale pour les groupes démographiques qui ont les taux les plus élevés de suicide, tels que les hommes d'âge mûr, les jeunes des Premières Nations et des Inuits, ainsi que les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (orientations stratégiques 4 et 5).
- Mettre en place des mécanismes interministériels pancanadiens pour surveiller l'application des politiques en matière de santé mentale; accroître la collecte de données, la recherche, l'échange de connaissances, les normes et les ressources humaines liées à la santé mentale, à la maladie mentale et à la prévention du suicide (orientation stratégique 6).

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1

Promouvoir la santé mentale tout au long de la vie à la maison, en milieu scolaire ou au travail et prévenir le plus possible les maladies mentales et le suicide

La promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales poursuivent deux objectifs : faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes jouissent d'une bonne santé mentale et réduire le plus possible le nombre de celles qui ont une mauvaise santé mentale, ont des symptômes de troubles mentaux ou de maladie mentale ou se suicident. Ces objectifs présentent des défis certains, mais bien des choses peuvent être accomplies.

Les gens cherchent naturellement à avoir une bonne santé mentale, à se sentir bien, à pouvoir bien fonctionner et à être résilients. Une bonne santé mentale améliore la qualité de la vie et fait partie de la santé et du bien-être en général. On reconnaît actuellement, partout au monde, que l'amélioration du bien-être mental de l'ensemble de la population apporte des bienfaits sociaux et économiques à la société². Même quand il y a des limites imposées par les troubles mentaux et la maladie mentale, on peut néanmoins profiter d'une bonne santé mentale et cet état peut faciliter le cheminement vers le rétablissement³.

Parallèlement, nous devons renforcer nos efforts pour prévenir le plus possible les troubles mentaux et la maladie mentale partout. Comme le souligne d'entrée de jeu ce document, les troubles mentaux et les maladies mentales, qui présentent chaque année de réels défis pour une personne sur cinq au Canada, n'ont pas une cause « unique ». On considère qu'ils découlent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, génétiques, économiques, sociaux et psychologiques.

Aujourd'hui, il existe peu de moyens pour modifier le bagage génétique prédisposant les personnes aux troubles mentaux ou à la maladie mentale. Néanmoins, même dans les cas de troubles mentaux et de maladies mentales graves comme la schizophrénie, il y a de plus en plus de connaissances concernant l'interaction entre les facteurs de risque génétiques et les déclencheurs environnementaux⁴.

En règle générale, il est impossible de prédire quelles personnes ressentiront les symptômes d'un trouble mental ou d'une maladie mentale. Toutefois, nous pouvons renforcer les facteurs qui contribuent à protéger les personnes, diminuer les facteurs qui les mettent à risque, réduire la prévalence et retarder l'apparition de troubles mentaux ou de maladies mentales, réduire les symptômes et les invalidités et soutenir les personnes dans leur cheminement vers le rétablissement⁵.

Parmi les facteurs de protection figurent le sentiment d'appartenance, la capacité de jouir de bonnes relations et d'une bonne santé physique, le sentiment d'avoir le contrôle sur sa propre vie et de bonnes aptitudes à résoudre les problèmes. Parmi les exemples de facteurs de risque figurent les traumatismes durant l'enfance, l'isolement social, les problèmes de toxicomanie et le fait d'avoir un parent ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. Les facteurs structurels et sociaux qui atténuent l'adversité et renforcent le sentiment de sécurité, comme un logement sûr et un revenu stable, sont aussi très importants. Plusieurs des mêmes facteurs de risque et de protection qui ont un effet sur la santé mentale et la maladie mentale peuvent aussi avoir des répercussions sur les risques de suicide et les problèmes de toxicomanie.

Les données de recherche concernant les types de programme qui peuvent être efficaces ne cessent de se multiplier. Les meilleurs résultats en ce qui a trait à la promotion de la santé mentale, à la prévention des maladies mentales et à la prévention du suicide ont été obtenus au moyen de programmes qui ciblent des groupes particuliers (déterminés en fonction de l'âge ou d'autres critères) et des milieux précis (école, lieux de travail, maison). Ils s'intéressent à un ensemble de facteurs de risque et de protection connus, définissent des objectifs clairs, encouragent les communautés à prendre des mesures efficaces et profitent d'un soutien réparti sur une longue période^{16,17}. De meilleurs modèles de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale amélioreront le bien-être, atténueront la souffrance et réduiront la pression sur les services spécialisés, de sorte que les personnes qui en ont le plus besoin pourront y avoir accès plus rapidement.

Il faut répondre aux besoins en matière de santé mentale dans les lieux fréquentés tous les jours : les écoles, les milieux de travail, les établissements de soins de longue durée et le domicile. Aussi faudra-t-il miser sur l'atteinte d'objectifs plus grands, notamment l'amélioration de la productivité et du taux d'emploi, la santé physique tout au long de la vie, la réussite scolaire et la réduction de la criminalité^{18,19}. C'est en traitant des questions de santé mentale comme des enjeux de la vie quotidienne que l'on pourra changer les perceptions et lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Pour y parvenir, il faudra travailler autant dans le cadre des services de santé et de santé mentale qu'à l'extérieur. Le rôle des réseaux de la santé et des services de santé mentale est traité à la troisième orientation stratégique.

Dans nos efforts pour promouvoir le bien-être mental et pour atténuer les facteurs de risque pour tous, nous devons faire tout notre possible pour réduire l'écart entre les personnes en bonne santé et celles dont la santé mentale est le plus à risque. La quatrième orientation stratégique met l'accent sur ce qui peut être accompli pour réduire les écarts dans la population en s'attaquant aux facteurs de risque sous-jacents comme la pauvreté et le racisme.

Programme scolaire FRIENDS for Life, Colombie-Britannique

Le programme *FRIENDS for Life* est un programme scolaire de renom international axé sur l'intervention précoce et la prévention visant à renforcer la résilience et à réduire le risque de troubles anxieux chez les enfants. Depuis 2004, *FRIENDS* est offert aux élèves de 4^e et de 5^e année dans les écoles de toute la Colombie-Britannique. Un programme pour les élèves de 6^e et de 7^e année, le programme *Fun Friends* destiné aux enfants de la maternelle et de la 1^{re} année et un programme adapté à la culture des élèves des Premières nations sont aussi offerts. Plus de 75 ateliers pour les parents ont aussi été organisés dans le cadre du volet qui s'adresse à eux²⁰. Une étude internationale a révélé que chez 86 % des enfants, les symptômes de troubles anxieux avaient disparu à l'issue du programme contre 31 % chez les enfants du groupe contrôle. Cette amélioration s'est maintenue durant un à six ans après la participation au programme²¹.

PRIORITÉ 11

Accroître la sensibilisation quant aux moyens de promouvoir la santé mentale, de prévenir le plus possible la maladie mentale et le suicide et de lutter contre la stigmatisation.

Nous devons trouver les manières de décrire le lien qui existe entre le bien-être mental et la prospérité économique, le rendement scolaire et la santé physique afin que l'on puisse promouvoir la santé mentale dans les politiques et les pratiques dans tous les domaines de la vie sociale et économique.

Sur le plan individuel et à l'échelle communautaire, on peut accomplir beaucoup de choses pour maintenir et améliorer la santé mentale. Certaines mesures toutes simples qui peuvent être facilement intégrées aux activités quotidiennes (comme faire un effort conscient pour créer des liens avec les personnes de l'entourage, être actif physiquement ou venir en aide à quelqu'un) se sont révélées efficaces pour contribuer au bien-être mental des personnes²². Pour favoriser une meilleure santé mentale, nous devons aussi nous efforcer de créer des communautés plus saines et d'éliminer les obstacles qui empêchent l'atteinte d'une meilleure santé mentale²³. Par exemple, en améliorant l'accès des familles à faible revenu aux loisirs, nous les aidons à devenir plus actives.

Les gens ont aussi besoin de connaissances et de compétences pour les aider à reconnaître les troubles mentaux et la maladie mentale, chez les autres et en eux-mêmes, afin qu'ils puissent obtenir l'aide dont ils ont besoin le plus rapidement possible²⁴. Idéalement, l'acquisition de ce genre de connaissances de la santé et de la maladie mentale deviendra aussi répandue qu'une formation en premiers soins pour traiter des problèmes ou des maladies de nature physique. Pour les intervenants de première ligne, ces connaissances et compétences, auxquelles il faut en ajouter d'autres en prévention du suicide, sont particulièrement importantes non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans les réseaux de l'éducation et de la justice, de même que dans les services d'urgence, les établissements de soins de longue durée et les services sociaux. Ceux qui assurent directement les services sont les mieux placés pour reconnaître les signes précurseurs et pour encourager les personnes à obtenir de l'aide et éviter que leur santé mentale ne se détériore.

Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale disent souvent que la stigmatisation a un effet plus dévastateur que la maladie elle-même. La stigmatisation peut venir des membres du public, des amis, de la famille ou des collègues, parfois même des réseaux de services vers lesquels elles se tournent pour obtenir de l'aide.

Pour changer les attitudes et combattre la stigmatisation, il faudra faire encore plus que comprendre les signes et les symptômes des troubles mentaux et de la maladie mentale. La meilleure façon d'éliminer la stigmatisation passe par une « sensibilisation axée sur le contact », c'est-à-dire en entrant en contact avec les personnes qui peuvent partager sur leur propre expérience de la maladie mentale et du rétablissement²⁵.

Il est essentiel de lutter contre la stigmatisation pour changer les mentalités, mais il est critique de s'attaquer à la discrimination, de défendre les droits et d'éliminer les obstacles structurels pour changer les façons d'agir. Cette question est abordée à la deuxième orientation stratégique dans le cadre des droits, qui comprend aussi une description de *Changer les mentalités*, l'initiative de la Commission de la santé mentale du Canada pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Premiers Soins en Santé Mentale Canada (Commission)²⁶. Les premiers soins en santé mentale constituent l'aide procurée aux personnes en voie de développer un trouble d'ordre mental ou traversant une crise liée à la santé mentale. Premiers Soins en Santé Mentale Canada (un programme de la Commission) enseigne aux personnes comment reconnaître les signes et les symptômes des troubles mentaux et de la maladie mentale et comment venir en aide et guider la personne vers une ressource professionnelle appropriée.

PRIORITÉ 1.1

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 1.1.1 Montrer aux responsables des orientations politiques, aux employeurs et au grand public comment une bonne santé mentale peut contribuer à la prospérité sociale et économique du Canada.
- 1.1.2 Aider les personnes à mieux comprendre comment elles peuvent améliorer leur propre santé mentale et leur bien-être et appuyer les communautés pour qu'elles prennent des mesures favorisant la santé mentale et le bien-être.
- 1.1.3 Accroître la capacité des personnes à reconnaître les troubles mentaux et la maladie mentale, à obtenir de l'aide pour elles-mêmes ou pour quelqu'un d'autre, selon le besoin.
- 1.1.4 Former les professionnels de tous les secteurs intervenant directement auprès de la population pour qu'ils puissent dépister les troubles mentaux et la maladie mentale à un stade précoce, promouvoir la santé mentale et prévenir la maladie mentale et le suicide le plus possible.
- 1.1.5 Lutter contre la stigmatisation en créant des occasions de promotion et de prévention et des programmes d'intervention précoce qui permettront d'entrer en contact avec des personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale.

PRIORITÉ 1.2

Faire en sorte que les familles, les aidants, les écoles, les établissements postsecondaires et les organismes communautaires puissent intervenir dès qu'un problème se manifeste et promouvoir efficacement la santé mentale des enfants en bas âge et des jeunes pour réduire le plus possible les cas de maladie mentale et de suicide.

Un bon développement affectif et social est le fondement d'une bonne santé mentale et de la résilience durant l'enfance et tout au long de la vie. En dépit de plus d'une décennie de recherches qui démontrent les bienfaits de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale durant l'enfance, le Canada n'en fait pas assez dans ce domaine²⁷.

C'est d'autant plus important d'agir parce que nous savons que jusqu'à 70 % des adultes ayant des troubles mentaux jugent que leurs symptômes ont commencé à se manifester durant l'enfance²⁸. Nous savons aussi que les enfants qui ont des troubles mentaux sont plus à risque de devenir des adolescents et des adultes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale²⁹. De plus, quand la promotion et la prévention se produisent tôt dans la vie, elles rapportent longtemps après l'investissement initial, car elles réduisent la demande pour des services en santé mentale et les pressions sur d'autres systèmes comme le système judiciaire³⁰.

On rejoint mieux les enfants en bas âge et les jeunes à la maison, dans les écoles et les établissements postsecondaires par le biais de programmes généraux qui favorisent la santé mentale pour tous, auxquels s'ajoutent des programmes de prévention qui ciblent les jeunes les plus à risque en raison de facteurs comme la pauvreté, la violence familiale ou le fait d'avoir un parent qui a un trouble mental ou un problème de toxicomanie.

Je pense que si les enfants apprennent à exprimer leurs émotions durant l'enfance, cela leur semblera naturel et souhaitable et leur procurera un plus grand sentiment de sécurité, car ils sauront que leurs préoccupations sont entendues et qu'ils peuvent obtenir de l'aide au besoin.

— *Un parent*

Une approche globale axée sur les soins à domicile peut aider les futures mères et leur conjoint à vivre une grossesse saine et favoriser le développement social et affectif de l'enfant dès le plus jeune âge, voilà les premières étapes d'une bonne santé mentale dans la vie des nourrissons et des enfants en bas âge. Un lien étroit avec les parents, les tuteurs et d'autres aidants procure aux enfants un sentiment de sécurité et leur donne l'encouragement qu'il faut pour favoriser le développement du cerveau, contribuant ainsi à l'établissement de rapports sociaux positifs et à une plus grande estime de soi^{31,32}. Les programmes de dépistage des retards de développement, affectifs et sociaux, et les initiatives qui ciblent les familles avec des nourrissons et des enfants en bas âge affectés par un stress chronique, peuvent être profitables à long terme aux enfants, aux familles et à la société, en particulier quand ces programmes sont intégrés aux programmes d'éducation et aux services sociaux^{33,34,35}.

Services en santé mentale et en toxicomanie en milieu scolaire (Commission)^{36,37,38}. Dirigé par le Comité consultatif sur la santé mentale des enfants et des jeunes de la Commission, ce projet s'adresse aux praticiens et aux décideurs ainsi qu'aux organismes et aux agences œuvrant dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'aide à l'enfance. Il a pour but de leur présenter de nombreuses politiques et pratiques pour la prestation de toute une gamme de services en matière de santé et de toxicomanie en milieu scolaire, allant de la promotion au traitement.

Même quand les enfants grandissent, ils ont besoin d'un environnement social et affectif sain. Les programmes en milieu scolaire peuvent faire en sorte que l'école soit un refuge plutôt qu'une source de stress et c'est pour-quoi nous devons accorder une grande priorité au milieu scolaire. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui sont complètement intégrés à l'ensemble des initiatives en matière de santé en milieu scolaire qui rejoignent tous les élèves, qui mettent l'accent sur la promotion d'un bon développement social et affectif, qui développent la résilience, qui visent à réduire l'intimidation et autres facteurs de risque et qui luttent contre la stigmatisation^{39,40}.

Les mesures en milieu scolaire doivent comprendre des programmes qui ciblent les enfants et les jeunes les plus à risque, auxquels doivent s'ajouter des formes de soutien à la maison et dans la communauté. L'aide aux familles peut réduire les comportements agressifs ou antisociaux et l'abus de substances et aider les jeunes à obtenir de meilleurs résultats scolaires^{39,42}. Les enfants et les jeunes pris en charge par le système de protection de l'enfance ont un taux de troubles mentaux bien plus élevé que l'ensemble de la population infantile, de sorte qu'ils ont besoin d'une attention particulière. Ceux qui n'ont aucun lien avec l'école ou avec leur famille doivent pouvoir compter sur les services spéciaux offerts par les organismes de la communauté⁴³.

Dans tous les milieux, nous devons accroître la capacité de reconnaître les problèmes dès qu'ils se manifestent, que ce soit des retards de développement, affectifs ou sociaux chez les enfants ou une maladie mentale grave chez les adolescents ou les jeunes adultes. Pour y parvenir, les services de santé mentale, les services de santé de première ligne, les services de protection de l'enfance et autres doivent travailler en étroite collaboration⁴⁴.

Tant d'adolescents ont de vrais problèmes de dépression, d'anxiété, de troubles bipolaires... Ils ont vraiment besoin d'aide... C'est plus que d'avoir "la déprime" ou d'être maussade et malheureux... Ils méritent d'obtenir le traitement et l'aide dont ils ont besoin⁴⁵.

— Ami d'un jeune ayant une maladie mentale

Sensibilisation au sujet de la dépression dans les écoles secondaires, Québec

Solidaire pour la vie a été mis en œuvre à la fin des années 1990 par la Fondation des maladies mentales en réaction au taux de suicide élevé chez les jeunes. Ce programme fait la tournée des écoles secondaires pour sensibiliser les jeunes à propos de la dépression⁴⁶. Les rencontres se déroulent en classe dans un format interactif et adapté aux jeunes. Les étudiants qui y assistent sont habilités à reconnaître les signes de la dépression ainsi que les comportements suicidaires ou reflétant l'abus de substances. Ils apprennent aussi où ils peuvent obtenir de l'aide et à poser les bons gestes pour aider leurs amis aux prises avec de tels problèmes. *Solidaire pour la vie* a déjà rencontré 750 000 élèves (environ 60 % des élèves du secondaire) ainsi que 8 000 parents et 22 000 enseignants et intervenants. Grâce à ce programme, les jeunes sont plus conscients du fait que la dépression constitue un facteur de risque de suicide et plusieurs ont été en mesure d'être dirigés vers une ressource ou d'être traités⁴⁷. Bien que le taux de suicide soit fonction de plusieurs facteurs, il a radicalement chuté chez les jeunes au Québec au cours de la dernière décennie.

PRIORITÉ 1.2

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 1.2.1 Accroître les formes de soutien pour les parents et les proches aidants afin de promouvoir un bon développement social et affectif durant la petite enfance et l'enfance en prêtant une attention particulière aux enfants les plus à risque.
- 1.2.2 Multiplier les programmes de dépistage des retards de développement, affectifs et sociaux chez les nourrissons et les enfants en bas âge et offrir une gamme de services et de formes de soutien pour les traiter.
- 1.2.3 Multiplier les programmes intégrés de santé dans les écoles, ainsi que les programmes de santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire, qui favorisent la santé mentale de tous les étudiants et qui mettent aussi l'accent sur des mesures de prévention pour les jeunes à risque.
- 1.2.4 Faciliter l'accès à des programmes communautaires de prévention de la maladie mentale centrés sur la famille et ciblant les enfants et les jeunes les plus à risque.

PRIORITÉ 1.3

Créer des milieux de travail propices au maintien d'une bonne santé mentale.

La plupart des adultes passent la plus grande partie de leurs journées au travail et plusieurs jeunes travaillent aussi, du moins à temps partiel. Les lieux de travail peuvent contribuer au bien-être mental et jouent un rôle vital pour aider les gens à réaliser leur plein potentiel. Néanmoins, ils peuvent aussi être une grande source de stress et contribuer au développement de troubles mentaux ou d'une maladie mentale, comme la dépression et l'anxiété. Nul milieu de travail n'est à l'abri, peu importe qu'il compte sur une importante main d'œuvre ou non, qu'il occupe une place dans le secteur privé ou public, ou qu'il exerce un rôle dans la production de biens ou la prestation de services. Les travailleurs, leur famille et les employeurs ont tous des avantages à retirer de milieux de travail qui favorisent la santé mentale dans tous les domaines et qui contribuent à la prospérité économique du pays.

Il faut agir, car les coûts associés aux problèmes de santé mentale en milieu de travail sont imposants : en règle générale, les troubles mentaux et les maladies mentales sont à l'origine de près de 30 % des demandes d'invalidité de courte durée ou prolongée et ce sont l'une des trois principales causes pour lesquelles 80 % des employeurs du Canada présentent des réclamations pour cause d'invalidité de courte durée ou prolongée⁴⁸.⁴⁹. En 2010, les problèmes de santé mentale étaient à l'origine de 47 % de toutes les réclamations pour cause d'invalidité approuvées dans la fonction publique fédérale, ce pourcentage étant presque deux fois plus élevé que celui ayant prévalu vingt ans auparavant⁵⁰. Les troubles mentaux et les maladies mentales occasionnent aussi des pertes de productivité se chiffrant à plus de 6 milliards de dollars pour des raisons d'absentéisme et de présentéisme⁵¹. En plus d'endosser ces coûts, les employeurs sont de plus en plus souvent tenus responsables de la santé et de la sécurité psychologiques de leurs employés. Ils peuvent ainsi faire l'objet de revendications, par exemple dans les cas de harcèlement, d'intimidation ou même de surmenage⁵².

PROJETS DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL DE LA COMMISSION

Norme sur la santé et la sécurité psychologiques au travail⁵³. Cette norme nationale appliquée sur une base volontaire (à l'instar des normes de santé physique et de sécurité) fournira les instruments nécessaires dans les milieux de travail pour apporter des améliorations quantifiables dans la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs canadiens. Le Comité pilote aussi deux autres projets :

Cadre de leadership pour la promotion de la santé mentale en milieu de travail⁵⁴. Ce site Web présente les motifs justifiant la création d'un milieu de travail qui favorise la santé mentale et fournit des outils et des renseignements aux dirigeants d'entreprises.

Améliorer la santé et la sécurité psychologiques au travail⁵⁵. Ce projet examine les meilleurs moyens d'aborder la prévention de la maladie mentale en milieu de travail. En plus d'avoir analysé les pratiques exemplaires, il a rédigé un guide pratique à l'intention des employeurs sur la santé mentale en milieu de travail.

La norme sur la santé et la sécurité psychologiques dans les milieux de travail privés ou publics du Canada, qui est en cours d'élaboration, orientera la mise en œuvre de nouvelles approches en matière de santé mentale et de maladie mentale au travail et permettra à la fois aux employeurs et aux employés de quantifier les améliorations⁵⁶. Toutefois, les changements en milieu de travail ne dépendent pas seulement d'une norme sur la santé et la sécurité psychologiques. Il faudra aussi des dirigeants convaincus et une approche globale du changement organisationnel.

Dans une faible proportion de 23 %, les Canadiens interrogés ont affirmé être suffisamment à l'aise pour parler à leur employeur de leur maladie mentale⁵⁷.

Les programmes de promotion, de prévention et de lutte à la stigmatisation en milieu de travail, la formation du personnel de direction et les programmes d'aide aux employés ont tous un rôle à jouer^{58,59}. Les mesures doivent encourager un juste équilibre entre le travail et la vie privée et veiller à ce que les personnes aient une description claire de leur rôle au travail et à ce qu'elles puissent se prononcer sur la façon d'exécuter le travail. L'établissement de politiques et de pratiques qui luttent contre l'intimidation et le harcèlement aidera aussi à réduire les risques de problèmes de santé mentale^{60,61}.

Les milieux de travail doivent aussi appuyer le rétablissement des employés vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale et leur permettre de participer pleinement au travail. Alors que des mesures pour lutter contre la stigmatisation au sein de la société canadienne encourageront un plus grand nombre d'employés à parler de leurs troubles mentaux ou de leur maladie mentale au travail, les milieux de travail qui implanteront des approches d'ensemble seront en meilleure position pour réagir.

PRIORITÉ 1.3

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 1.3.1 Favoriser l'adoption et la mise en œuvre de la *Norme sur la santé et la sécurité psychologiques dans les milieux de travail* dans les secteurs privé et public.
- 1.3.2 Faciliter la mise en œuvre d'approches globales favorisant la santé mentale au travail.

PRIORITÉ 1.4

Faire en sorte que les aînés, les familles, les établissements de services et les communautés aient une plus grande capacité de promouvoir la santé mentale des aînés, de prévenir la maladie mentale et le suicide le plus possible et d'intervenir dès qu'un problème se manifeste.

Les aînés représentent le groupe de population dont la croissance est la plus rapide au Canada. Bien qu'il y ait de nombreuses différences entre les personnes dans la soixantaine et celles qui ont 80 ou 90 ans, les aînés ont néanmoins plusieurs besoins communs en matière de santé mentale.

Selon les prévisions, les taux de maladies mentales, notamment la démence, chez les adultes de 70 à 89 ans seront plus élevés que ceux de tout autre groupe d'âge en 2041⁶².

Les aînés ont parfois été considérés comme un fardeau pour la société. Non seulement ce stéréotype fait-il fi de la contribution des aînés à la société au cours de leur vie, mais il sous-estime ce qu'elles apportent encore à leur communauté et à la vie sociale en général^{63, 64, 65}.

La discrimination fondée sur l'âge (âgisme) et le fait de ne pas être traité avec dignité et respect peuvent perturber la santé mentale d'un aîné⁶⁶. L'âgisme aggrave la stigmatisation de la maladie mentale et peut empêcher le dépistage et le traitement des troubles mentaux ou de la maladie mentale. En particulier, il faut contrer la tendance à tenir pour acquis que des maladies comme l'anxiété et la dépression font partie du processus normal du vieillissement et qu'il n'y a rien à faire pour retarder l'apparition de la démence ou ralentir sa progression.

Équipe en santé mentale pour les aînés, Alberta

Une équipe multidisciplinaire ambulatoire du sud-ouest de l'Alberta vient en aide aux agences et aux proches aidants pour améliorer les services prodigués aux aînés éprouvant des troubles mentaux. Elle effectue des évaluations et des consultations non urgentes, prodigue des soins de courte durée, pratique des interventions thérapeutiques, dirige les aînés manifestant des problèmes de santé mentale vers des ressources et aide les agences et les familles qui collaborent à développer leurs capacités. En 2008-2009, les motifs les plus courants pour diriger une personne vers ce service étaient la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie, les problèmes de comportement et l'anxiété. Les usagers sont dirigés par les médecins de famille, les centres hospitaliers, les psychiatres, les services de santé mentale dans la communauté, les résidences, les établissements de soins continus, les familles, la police ou les personnes elles-mêmes. En l'espace d'un an, quatre-vingts pour cent des personnes dirigées vers le service ont été contactées par l'agence désignée dans les 72 heures et cent pour cent l'ont été dans les sept jours. En six mois, 16 formations structurées ont été livrées à un total de 326 personnes et une formation informelle à 311 autres⁶⁷.

Il est nécessaire d'appliquer toute une gamme de mesures pour promouvoir la santé mentale des personnes âgées et prévenir le plus possible la maladie mentale, la démence et le suicide. Une bonne santé physique, des activités valorisantes et des relations fondées sur la confiance et l'entraide sont des facteurs qui contribuent à une bonne santé mentale et à la qualité de vie des aînés, tout comme pour les autres personnes, quel que soit leur âge. Les communautés accueillantes pour les aînés facilitent l'accès à des logements décentes et au transport et aident à réduire le risque d'isolement social.

Les aînés, leur famille et ceux qui travaillent à leurs côtés ont besoin d'éducation pour reconnaître les symptômes de troubles mentaux et de maladie mentale ainsi que les signes avant-coureurs du suicide^{68, 69, 70}. On facilitera ainsi l'accès aux formes de soutien aux premiers stades de la maladie, ce qui contribuera à réduire la demande pour les services spécialisés en santé mentale et allègera le fardeau du système de santé. Il est également important de reconnaître les signes et les symptômes de la violence et de la négligence à l'égard des aînés.

PRIORITÉ 1.4

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 1.4.1 Contrer les effets de la discrimination fondée sur l'âge sur la santé mentale des aînés.
- 1.4.2 Favoriser la participation des aînés à des activités valorisantes, les encourager à entretenir des liens avec autrui et les aider à maintenir une bonne santé physique.
- 1.4.3 Faire en sorte que les aînés, les familles, les établissements de services et les communautés soient davantage en mesure d'identifier (ou de déceler) les maladies mentales, la démence et la violence à l'égard des aînés et le risque de suicide et qu'ils puissent intervenir dès qu'un problème se manifeste.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2

Promouvoir le rétablissement et le bien-être et défendre les droits des personnes de tout âge ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale

Comme le souligne d'entrée de jeu ce document, le concept de « rétablissement » se réfère à la possibilité de mener une vie satisfaisante, nourrie par l'espoir et valorisante, en dépit des inconvénients causés par les troubles mentaux et les maladies mentales⁷¹. On parle ici d'une démarche par laquelle les gens sont encouragés à exercer des choix éclairés quant aux services, aux traitements et aux formes de soutien les plus aptes à répondre à leurs besoins. Un système de santé mentale axé sur le rétablissement serait donc organisé de façon à soutenir les personnes tout au long de cette démarche.

Je souffre du trouble de stress post-traumatique (TSPT) après que j'aie combattu dans les Forces armées. Ma capacité de travail s'en trouve affectée. Il y a des jours où je n'ai pas du tout envie de travailler. Dans mon cas, l'élément déclencheur du TSPT peut être une odeur, une vision, une émotion ou encore, une vibration. La thérapie, c'est ce qui m'aide dans mon processus de rétablissement, de même que les médicaments que j'ai refusé de prendre pendant un certain temps jusqu'à ce que je prenne conscience que j'en avais besoin. Il y a aussi l'appui de ma famille et les outils dont j'ai appris à me servir pour me rétablir le plus rapidement possible. Quand je vais à la pêche, j'oublie tout le reste; je crée en quelque sorte un vide dans ma tête en laissant se dissiper toutes les questions et les luttes auxquelles je suis confronté et c'est alors plus facile pour moi de continuer ensuite. C'est comme effectuer une purge complète puis un redémarrage. Mon but ultime dans la vie, c'est d'avoir autant d'outils que je peux et de me connaître autant que je le peux afin de pouvoir me reprendre en main aussi rapidement que possible quand le trouble se manifeste. Ce que je pourrais dire aux gens qui ont une maladie mentale, c'est qu'il est possible de se rétablir, mais que c'est très difficile de le faire seul. Je leur conseille d'aller chercher de l'aide ou du soutien. Ce n'est pas une voie facile, mais c'est celle qui donne les meilleurs résultats, en fin de compte.

– Un vétérinaire

En mettant l'accent sur le rétablissement, on a contribué à de profonds changements au sein des systèmes de santé mentale dans de nombreux pays. Au Canada, le mouvement en faveur du rétablissement a pris racine en grande partie grâce aux efforts des personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale et des intervenants dans le domaine de la réadaptation psychosociale. Voilà déjà plus de cinq ans que le rapport final du comité sénatorial intitulé « *De l'ombre à la lumière* » a souligné qu'il fallait « placer le rétablissement au cœur de la réforme de la santé mentale »⁷². Le rétablissement et le bien-être sont au centre de la présente stratégie et la plupart des administrations provinciales et territoriales ont aujourd'hui des politiques qui adoptent ces principes en matière de santé mentale. Il y a aussi de nombreuses pratiques au pays qui sont fondées sur le rétablissement et le bien-être.

En dépit des données probantes appuyant une approche fondée sur le rétablissement, on doit encore surmonter de nombreux obstacles et combattre les préjugés qui nuisent à la promotion et la mise en œuvre de ce principe^{73,74}. Certains ont associé le rétablissement à un espoir de « guérison » des troubles mentaux et des maladies mentales. Pour cette raison, ils prétendent que cela génère de fausses espérances. Le rétablissement est en fait un processus qui repose sur le soutien que l'on offre à chaque personne dans son parcours de vie, en dépit de la présence de symptômes. Cela ne veut nullement dire que l'on s'attend à ce que tout le monde guérisse. D'autres craignent que le rétablissement ne serve à substituer des services sociaux et des réseaux d'entraide

aux traitements médicaux et à la pharmacothérapie. Le rétablissement est plutôt un moyen de promouvoir la capacité de choisir chez les individus et de faire en sorte que des solutions soient en place pour répondre à l'ensemble de leurs besoins.

D'autres encore croient que le rétablissement ne concerne que les adultes, les personnes qui ont de graves maladies mentales ou celles qui sont aux prises avec des maladies mentales de gravité modérée. En réalité, le rétablissement s'applique à tous. En investissant dans le rétablissement et le bien-être, on pourrait donner de l'espoir et ouvrir de nouveaux horizons pour des milliers de personnes qui ont des troubles mentaux ou une maladie mentale, sans compter les bienfaits pour les familles, les communautés et le pays en entier. Le rétablissement est fondé sur l'espoir, la capacité de choisir, la dignité et la responsabilité. Ces principes contribuent tout aussi bien au bien-être des enfants et des aînés qu'à celui des adultes ayant un trouble mental ou une maladie mentale.

Un système axé sur le rétablissement favorise les partenariats avec les pourvoyeurs de services, les familles et les proches afin de soutenir les personnes dans leur parcours vers le rétablissement et le bien-être. Il encourage les spécialistes en santé mentale, les professionnels de la santé et les autres pourvoyeurs de services à miser sur les forces des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et à forger de réels partenariats avec elles (ainsi qu'avec leurs familles).

L'expertise des professionnels devrait être complémentaire aux connaissances acquises par l'expérience vécue par les usagers et non pas les submerger. C'est à l'avantage de tous d'éliminer autant que possible les inégalités dans la répartition du pouvoir au sein du système de santé mentale. De cette façon, non seulement les usagers seront-ils en mesure de s'engager activement dans divers aspects du système de santé mentale, mais les pourvoyeurs de services jouiront aussi d'un contexte plus favorable pour mettre à profit leur compétence, leur expérience et leurs connaissances.

La défense constante des droits des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale est un élément essentiel d'une approche favorisant le rétablissement et le bien-être. Il nous faut éliminer les obstacles qui contribuent à la discrimination à l'endroit des personnes présentant un trouble mental ou une maladie mentale et qui les empêchent de participer pleinement et efficacement à la société. Ces obstacles peuvent être ancrés dans les attitudes et les comportements de la population, ainsi que dans la structure et l'organisation des établissements, des programmes, des écoles, des lieux de travail ou des autres milieux où nous évoluons au quotidien.

La surreprésentation des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale dans le système judiciaire met en évidence l'importance de faire respecter leurs droits au même niveau de services et de mesures de soutien offert à l'ensemble de la population⁷⁵. Il faut, d'une part, consacrer plus d'effort pour éviter la judiciarisation des personnes présentant un trouble mental ou une maladie mentale et, d'autre part, combler les lacunes dans les services de santé mentale, les traitements et les mécanismes de soutien à l'intention de celles qui sont judiciarisées.

PRIORITÉ 2.1

Orienter les politiques et les pratiques vers le rétablissement et le bien-être des personnes de tout âge ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leur famille.

L'expérience acquise au Canada et ailleurs en matière de rétablissement indique qu'il faudra une action soutenue sur plusieurs fronts pour réellement changer la culture et les pratiques au sein du système de santé mentale vers une approche fondée sur le rétablissement et le bien-être. Les lignes directrices, les indicateurs, les outils, les compétences, les normes, les programmes d'études, le leadership, la formation continue, les politiques et les lois sont autant d'éléments qui peuvent contribuer à la réorientation des politiques et des pratiques. Il faut élaborer et mettre en œuvre diverses initiatives axées sur le rétablissement au Canada. L'évaluation devrait constituer une importante composante de ces initiatives, afin que l'on puisse cerner les méthodes les plus efficaces pour les individus en fonction des groupes d'âge et des antécédents.

En particulier, des lignes directrices en matière de rétablissement pourraient être un instrument de changement efficace, celles-ci décrivant comment les principes du rétablissement devraient s'appliquer concrètement⁷⁶. Par exemple, Réadaptation Psychosociale Canada a mis au point des normes de pratique en matière de services axés sur le rétablissement dans le domaine de la réadaptation sociale. On a ainsi défini huit normes visant des aspects tels que la participation individuelle, familiale ou communautaire auxquels se rattachent des indicateurs et des exemples⁷⁷.

Il importe aussi que l'éducation et la formation pour les pourvoyeurs de services dans des domaines tels que la santé et la santé mentale, l'éducation, la justice et les services sociaux, comprennent un volet sur le rétablissement et le bien-être et qu'elles permettent d'apprendre à former de véritables partenariats. Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, ainsi que les membres de leurs familles, devraient participer activement à la réalisation de ces objectifs. En ce qui concerne les professionnels de la santé mentale, les pratiques fondées sur le rétablissement et le bien-être devraient être considérées comme des compétences essentielles.

Tout comme c'est le cas avec le traitement des problèmes de santé physique, il y a de nombreux avantages à retirer du fait de donner aux pourvoyeurs de services comme aux usagers les moyens de collaborer et d'apprendre les uns des autres. Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale devraient participer activement à l'élaboration des plans de soins qui leur sont destinés et qui sont axés vers leur rétablissement et leur bien-être. Bon nombre de troubles et de maladies mentales sont épisodiques et touchent de nombreux aspects de la vie des gens, de sorte que ces plans doivent être transférables d'un endroit, d'un service et d'un secteur à l'autre afin que l'on puisse entretenir des liens à long terme entre les services, les traitements et les mécanismes de soutien.

Atelier animé par les pairs pour l'élaboration d'un plan d'action en vue du bien-être et du rétablissement, Terre-Neuve-et-Labrador

Consumers' Health Awareness Network Newfoundland and Labrador (CHANNAL) est un organisme provincial voué à l'établissement d'un solide réseau d'entraide dont les membres sont des personnes ayant des problèmes de santé mentale⁷⁸. CHANNAL offre un éventail de programmes et de ressources de soutien, y compris une série d'ateliers intitulée A Journey Forward adaptés du plan d'action WRAP en vue du mieux-être et du rétablissement (Wellness Recovery Action Plan). Des ateliers animés par les pairs permettent aux personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale de prendre en charge leur rétablissement et les aide grâce à des plans individualisés comportant des outils favorisant le mieux-être, le dépistage des facteurs déclencheurs ou des signes avant-coureurs et la planification des interventions en cas de crise. Dans un essai aléatoire avec groupe contrôle mené aux États-Unis auprès de 519 personnes ayant une maladie mentale grave et persistante, on a constaté que les participants au processus WRAP manifestaient moins de symptômes psychiatriques et plus d'espoir et avaient une meilleure qualité de vie⁷⁹.

Les gens qui ont de graves maladies mentales pourraient exercer leurs choix et avoir plus de contrôle lors des situations de crise en établissant au préalable des directives dans le cadre de leur plan de soins. Il s'agit de documents où sont consignées les préférences de la personne en ce qui a trait aux services, traitements et mécanismes de soutien dont elle désire bénéficier si on devait la déclarer inapte à prendre des décisions à ce sujet. Ce document offre un moyen pour que les personnes ayant de graves troubles mentaux et les membres de leur famille puissent discuter de ces questions avec les pourvoyeurs de service et ainsi renforcer le partenariat qui unit toutes ces parties. Il permet aussi de trouver un juste milieu entre le désir des familles de venir en aide et le respect des droits de l'individu. Il importera de mener d'autres travaux de recherche pour évaluer les conséquences de telles directives, notamment pour les aînés ayant une déficience cognitive telle que la démence.

On doit trouver des moyens novateurs pour aider les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale à exercer leurs choix. L'un de ceux-ci consiste en des programmes qui permettent aux gens de gérer directement une partie des fonds qui leur sont affectés pour les services sociaux et la santé^{80,81}. Les preuves provenant largement d'autres pays démontrent que les participants qui ont un certain contrôle sur les fonds affectés aux services s'intègrent mieux à la communauté et ont une meilleure qualité de vie, sans qu'il en coûte plus cher⁸². On a fait certains progrès au Canada dans le développement de modèles fondés sur l'autogestion des services à l'intention des personnes ayant des déficiences physiques ou développementales. Par opposition au mode de financement global, certaines agences ont permis que les prestataires gèrent directement une partie des fonds consacrés aux services sociaux qu'ils reçoivent, par exemple, aux services de préposés aux bénéficiaires et aux services de répit pour les familles^{83,84}. Reste à déterminer comment on pourrait adapter une telle approche au contexte du système de santé mentale au Canada.

Les membres des familles, qu'ils soient issus de la parenté proche ou du cercle de soutien élargi, constituent des partenaires essentiels dans le parcours de rétablissement. Souvent, ce sont les membres de la famille qui fournissent la plus grande part du soutien et des soins et ils peuvent être accablés par le stress et le chagrin causés par les répercussions de la maladie mentale ou du suicide. Il est important qu'ils puissent avoir accès à de l'information et à des ressources pour subvenir à leurs besoins et que leur voix se fasse entendre au sein du système de santé mentale⁸⁵. Lorsque le soutien aux familles est absent, la santé mentale pour l'ensemble de la population s'en trouve minée et les résultats en matière de santé mentale sont moins élevés parmi les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, ce qui, en revanche, augmente les coûts du système. On doit reconnaître que les familles exercent un rôle unique pour favoriser le rétablissement et le bien-être des personnes. Il faut cesser de blâmer injustement les familles et plutôt mettre en œuvre tous les moyens possibles pour qu'elles puissent devenir des partenaires dans les soins et les traitements offerts à leurs êtres chers.

Lignes directrices relatives aux services et au soutien à l'intention des aidants (Commission). Placées sous la gouverne du Comité consultatif sur les aidants membres de la famille de la Commission, ces lignes directrices seront axées sur le soutien pour les aidants adultes qui viennent en aide aux personnes présentant un trouble mental ou une maladie mentale.

PRIORITÉ 2.1

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 2.1.1 Mettre en œuvre un éventail de projets axés sur le rétablissement partout au Canada, y compris l'élaboration et l'application de lignes directrices sur le rétablissement.
- 2.1.2 Promouvoir l'éducation et la formation des spécialistes en santé mentale, des professionnels de la santé et des autres pourvoyeurs de services en matière d'approches axées sur le rétablissement.
- 2.1.3 Accroître le recours à des plans de soins individualisés axés sur le rétablissement et le bien-être.
- 2.1.4 Favoriser l'emploi de directives préalables devant s'appliquer dans l'éventualité où des personnes atteintes de troubles mentaux ou de maladies mentales graves seraient déclarées inaptes à prendre des décisions.
- 2.1.5 Adapter au contexte canadien des approches permettant aux personnes de gérer directement une partie des fonds affectés aux services auxquels ils ont droit.
- 2.1.6 Améliorer le soutien fourni aux aidants afin de favoriser le rétablissement et le bien-être, améliorer les soins qui leur sont fournis et s'assurer de répondre à leurs besoins afin qu'ils puissent surmonter le stress et le deuil.
- 2.1.7 Mieux informer les pourvoyeurs de services, les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille quant aux meilleurs moyens de faire participer les aidants tout en respectant la confidentialité.

PRIORITÉ 2.2

Permettre aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et à leur famille de participer activement à la prise de décisions relatives aux services.

Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leurs aidants sont des « experts en vertu de leur vécu ». L'expérience acquise sur le plan international montre que la participation active des personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale et leurs aidants dans la prise de décision à tous les niveaux est essentielle à la transformation du système⁸⁶. Il faut que cette participation soit significative et que les politiques et normes viennent l'appuyer, notamment en assurant la formation des gens dans la prise de décision, ainsi que le développement du leadership^{87, 88}.

On devrait en faire davantage pour intégrer des personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale dans des postes à tous les niveaux du système de santé mentale.

On contribuerait ainsi à la fois à l'amélioration de la qualité des services et à la réforme constante du système de santé mentale⁸⁹. La sixième orientation stratégique aborde plus en détail les recommandations relatives aux ressources humaines, ainsi que le rôle de chef de file que les personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale et leurs aidants peuvent exercer dans la recherche et dans l'élaboration des politiques générales en matière de santé mentale.

Pour réellement changer les choses, il faut demander aux personnes qui se sont rétablies ce qui a fonctionné pour elles.

— Père d'une femme atteinte de schizophrénie

Introduction de l'approche axée sur le rétablissement en milieu hospitalier, Restigouche, Nouveau Brunswick

Le Centre hospitalier de Restigouche, situé dans le nord du Nouveau-Brunswick, a profité de son réaménagement pour adopter un modèle de prestation des services axé sur le rétablissement dans le but de faciliter la réintégration dans la communauté et d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale. L'hôpital met à l'essai de nouveaux outils et programmes avec le soutien continu des spécialistes du rétablissement de l'université Yale. Les usagers participent activement à la conception de leur plan de soins ainsi qu'à la prestation générale des services. L'hôpital utilise des méthodes de traitement moins coercitives et le taux annuel des congés a augmenté⁹⁰. Le personnel et les usagers ont commencé à échanger leurs résultats et leurs outils respectifs à travers la province. Un sondage visant à établir la satisfaction du personnel et des utilisateurs des services a indiqué que 86 % d'entre eux souscrivaient aux activités, aux valeurs et aux pratiques proposées dans le cadre du modèle axé sur le rétablissement mis en œuvre au Centre.

PRIORITÉ 2.2

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 2.2.1 Accroître et renforcer le rôle des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et de leur famille dans la gouvernance, la reconnaissance des titres de compétence, les activités de surveillance et la participation dans des organes consultatifs au sein du système de services.
- 2.2.2 Créer des occasions d'embauche pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale à tous les niveaux du système de santé mentale.

PRIORITÉ 2.3

Protéger les droits des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.

La ratification par le Canada en 2010 de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* a fourni une nouvelle référence pour les lois, les politiques et la réglementation concernant les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. La *Convention* propose un changement de paradigme en ce sens qu'elle considère l'invalidité en vertu d'un modèle social, c'est-à-dire qu'elle la définit comme le résultat non seulement de l'état d'une personne, mais aussi des modes d'interaction des facteurs externes de l'environnement avec celle-ci⁹¹.

À titre de signataire de la *Convention*, le Canada s'est engagé à adopter des lois et les mesures requises pour assurer la promotion et la protection des droits des personnes ayant une invalidité. La *Convention* souligne l'importance d'assurer que de tels mécanismes de protection soient en vigueur au quotidien en éliminant les obstacles au sein de la communauté, notamment dans les écoles, les milieux de travail et d'autres secteurs, qui nuisent à la pleine participation des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.

Par exemple, lorsque les policiers invoquent les dispositions des lois sur la santé mentale pour appréhender une personne en état de crise, les renseignements relatifs à cet incident sont consignés dans les bases de données du service de police. Cette information peut ensuite être révélée lors de vérifications de routine des « antécédents criminels » même si aucun crime n'a été commis ni aucune accusation portée. Cela peut poser des difficultés pour certaines personnes atteintes de maladie mentale, notamment lorsqu'elles veulent faire du bénévolat, obtenir un emploi ou voyager à l'étranger. Certains services policiers et gouvernements provinciaux ont déjà mis fin à de telles pratiques. Cette réforme doit s'étendre à l'ensemble du pays.

Jusqu'à maintenant, les lois canadiennes en matière de santé mentale ont mis l'accent sur les circonstances dans lesquelles il est admissible juridiquement de restreindre la liberté d'une personne contre son gré, par exemple quand un trouble mental ou une maladie mentale altèrent sa capacité de faire des choix éclairés concernant sa santé et sa sécurité. Dans de telles circonstances la *Convention* exige que des mesures de

Changer les mentalités (Commission)⁹². Cette initiative de lutte à la stigmatisation et à la discrimination de la Commission, échelonnée sur dix ans, met en œuvre les plus vastes efforts systématiques jamais entrepris au Canada pour réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale. Plutôt que de s'adresser à l'ensemble de la population canadienne, *Changer les mentalités* cible des populations en particulier. Les premiers groupes ciblés sont les jeunes, les pourvoyeurs de services de santé, les milieux de travail et les médias d'information.

Changer les mentalités s'appuie sur les assises de programmes existants au Canada qu'il a jugé les plus efficaces pour combattre la stigmatisation et la discrimination. Cette démarche vise à reproduire ces programmes en partageant les outils et les ressources avec d'autres organisations de partout au pays.

Changer les mentalités promeut la « sensibilisation axée sur le contact », méthode qui est reconnue dans les sources documentaires internationales comme l'une des plus encourageantes pour combattre la stigmatisation. Des personnes qui ont un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale acceptent ainsi de faire le récit de leurs expériences personnelles se rapportant à la maladie, à la stigmatisation et au rétablissement.

Changer les mentalités met l'accent sur le changement des comportements. Il est certes important de changer les mentalités pour réduire la stigmatisation; mais, pour amener des façons d'agir différentes, il faut combattre la discrimination, assurer le respect des droits et lever les obstacles structurels.

protection appropriées et efficaces soient mises en place. En ratifiant la *Convention*, le Canada s'est réservé le droit de continuer à utiliser des mesures de représentation relatives à l'exercice de la capacité juridique, assujetties à des garanties appropriées et efficaces, dans des circonstances appropriées.

L'un des principes clés de la *Convention* ainsi que des lois et des politiques axées sur le rétablissement dans le traitement des maladies mentales est de toujours avoir recours aux interventions les moins invasives et les moins restrictives possibles. On devrait faire l'examen des cas où des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale ont été placées en isolement, retenues par contention ou mises sous sédation pour voir si ces interventions ne constituent pas un échec du système. Cette approche a été adoptée par endroits aux États-Unis et ailleurs dans le monde.

L'isolement et la contention ne sont pas des options thérapeutiques; elles sont des échecs thérapeutiques⁹³.

— *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, États-Unis*

Dans certains cas, l'isolement et la contention ont pratiquement été éliminés grâce à la mise en œuvre d'autres méthodes fondées sur les principes du rétablissement et reconnaissant les antécédents des personnes et les traumatismes qu'elles ont subis^{94,95}.

Si l'on accorde aujourd'hui de plus en plus d'importance au rétablissement et au bien-être partout dans le monde, c'est en grande partie grâce à un mouvement de sensibilisation auquel les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale ont elles-mêmes pris part. En effet, les revendications des organismes gouvernés par des personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale ont amené de nombreux changements positifs dans les politiques gouvernementales. Par exemple, on a créé un plus grand nombre d'appartements et subventionné des laissez-passer pour le transport en commun. Parallèlement, divers facteurs—notamment le manque de financement—contribuent toujours à limiter la capacité des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale à défendre leurs droits⁹⁶. Les organismes de défense doivent être mieux outillés pour renseigner les gens sur leurs droits ainsi que sur les façons de chercher des solutions, d'intenter des contestations judiciaires et de déposer des plaintes pour atteinte aux droits de la personne.

Projet d'évaluation (Commission)⁹⁷. Le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission a donné son appui à la première phase de mise au point d'un instrument pour évaluer dans quelle mesure les lois, normes et politiques actuelles en matière de santé mentale au Canada respectent la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Réduire le recours à l'isolement et à la contention dans un milieu hospitalier, Hamilton, Ontario

En 2009, le programme de santé mentale et de traitement de la toxicomanie de l'hôpital St. Joseph, à Hamilton, a lancé une initiative d'envergure visant à réduire la fréquence et la durée de l'isolement et de la contention. Parmi les activités actuellement en cours, mentionnons celles-ci : formation spécialisée destinée au personnel; utilisation d'outils d'évaluation des risques; thérapie musicale; plans et salles de réconfort; déploiement d'un ensemble de pratiques visant à atténuer les traumatismes; tenue de réunions communautaires hebdomadaires. De plus, un énoncé qui reflète l'engagement à réduire le plus possible le recours à l'isolement et à la contention figure dans la « Déclaration des droits des patients » et dans toutes les offres d'emploi. Le succès remporté par cette initiative ayant permis de réduire le recours à la contention de 33 % est attribuable au soutien obtenu de la haute direction de l'hôpital, du personnel professionnel, des travailleurs hospitaliers, des pairs aidants, des usagers et des membres de leur famille^{98,99}.

PRIORITÉ 2.3

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 2.3.1 Lever les obstacles à la pleine participation des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale dans les lieux de travail et les écoles (y compris les établissements d'enseignement postsecondaire et d'autres milieux).
- 2.3.2 Stopper la pratique de la divulgation des renseignements relatifs aux appréhensions effectuées en vertu des lois sur la santé mentale lors des vérifications « d'antécédents criminels ».
- 2.3.3 Revoir et, lorsque c'est nécessaire, mettre à jour les lois et modifier les politiques dans les administrations et les secteurs conformément à la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* de l'Organisation des Nations Unies.
- 2.3.4 Élaborer et mettre en œuvre des interventions sensibilisées aux traumatismes et axées sur le rétablissement qui pourront réduire et, éventuellement, remplacer le recours à l'isolement et à la contention.
- 2.3.5 Aider les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leurs aidants à développer leur capacité de mettre leurs revendications de l'avant.

PRIORITÉ 2.4

Réduire la surreprésentation de personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale dans le système judiciaire et fournir les services, traitements et formes de soutien appropriés à celles qui sont judiciarisées.

La majorité des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale ne sont pas aux prises avec le système judiciaire. En réalité, il est plus probable qu'elles soient les victimes que les auteurs d'un crime¹⁰⁰. Quoiqu'il en soit, elles sont surreprésentées dans le système judiciaire, c'est-à-dire qu'on y retrouve une proportion beaucoup plus élevée de personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale que pour l'ensemble de la population. Les raisons expliquant cette situation sont complexes. De toute évidence, les gens sont aux prises avec le système judiciaire parce qu'ils ont des comportements criminels. Cependant, le manque d'accès à des services, à des traitements et à du soutien appropriés a aussi une grande influence sur cet état de fait¹⁰¹. Cette surreprésentation s'est accrue au fur et à mesure que s'est accentué le processus de désinstitutionnalisation des personnes atteintes de maladie mentale sans que l'on réinvestisse dans les services dans la communauté¹⁰². On estime que le taux de troubles mentaux graves chez les contrevenants admis dans le système correctionnel fédéral a augmenté dans une proportion de 60 à 70 % depuis 1997¹⁰³.

Les efforts visant à réduire cette surreprésentation devraient se concentrer en premier lieu à prévenir les troubles mentaux et la maladie mentale et à fournir un accès en temps opportun aux services, aux traitements et au soutien dans la communauté¹⁰⁴. Cela est particulièrement important pour les jeunes étant donné les possibilités de prévention et d'intervention précoce qui pourraient les garder à l'écart du système judiciaire et qui permettraient de rentabiliser les investissements de départ grâce aux économies réalisées en évitant l'incarcération¹⁰⁵.

Les programmes de déjudiciarisation (y compris les tribunaux en santé mentale et les programmes de justice réparatrice) constituent la prochaine ligne de défense. De tels programmes peuvent détourner les personnes qui sont sur le point d'entrer dans le système judiciaire en les orientant vers les services, les traitements et le soutien dont elles ont besoin¹⁰⁶. Ils seront inefficaces, toutefois, si les services dans la communauté ne sont pas en place pour appuyer les personnes qui ont évité la judiciarisation. Il est également important que les travailleurs au sein de l'ordre juridique comprennent la valeur des programmes de déjudiciarisation et qu'ils sachent comment diriger les personnes vers les services et les encourager à y avoir recours. De plus, les personnes dont les cas sont plus complexes du fait qu'elles souffrent en même temps de maladies mentales et de troubles du développement devraient aussi pouvoir bénéficier des programmes de déjudiciarisation.

Trajectoire (Commission). Ce projet supervisé par le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission vise à parfaire la compréhension des implications qu'ont les lois et les pratiques actuelles sur les personnes déclarées non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux par les responsables des orientations politiques, les cliniciens et le public. Par le biais d'une vaste étude longitudinale de cohortes menée au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, ce projet évalue la capacité du *Code criminel* de soupeser la nécessité de protéger les droits des personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale et d'offrir des services appropriés et ciblés, en tenant compte de la nécessité d'assurer la protection du public¹⁰⁷.

Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale qui sont aux prises avec le système judiciaire—qu’elles soient retenues dans un centre de détention provisoire, un centre correctionnel ou un établissement médico-légal—doivent avoir droit au même niveau de services, de traitements et de soutien offert à l’ensemble de la population (de la même manière qu’elles ont droit au même niveau de soins de santé physique)¹⁰⁸. Bien que des progrès aient été réalisés pour renforcer la capacité de répondre aux besoins en santé mentale des jeunes et des adultes dans le système judiciaire par de tels services et de telles formes de soutien, de graves lacunes subsistent, en particulier en ce qui a trait aux personnes qui ont des maladies mentales graves et dont les besoins sont complexes. Sans accès à un traitement approprié, elles peuvent se retrouver enfermées dans un cercle vicieux d’isolement, de séquestration et de ségrégation¹⁰⁹. On pourrait faire un important pas dans la bonne direction en adoptant une stratégie nationale établissant les résultats escomptés dans le domaine des services de santé mentale en milieu correctionnel.

Partout dans le monde, de nombreux systèmes de justice criminelle travaillent plus étroitement avec le système de santé mentale « civil ». Dans certains cas, cela a mené à un transfert de la responsabilité d’assurer la prestation des services dans une perspective de rendre plus aptes les systèmes de justice criminelle à traiter les questions de santé mentale et à améliorer la continuité des services dès les premières interactions des contrevenants avec la police, durant leurs démêlés avec le système et après leur retour dans la communauté¹¹⁰. Nous devons nous renseigner sur les moyens d’appliquer de telles idées au Canada et examiner les résultats dans les provinces qui ont mis en place des méthodes similaires¹¹¹. Les autorités des établissements correctionnels ou médico-légaux devraient au minimum s’assurer que tous les détenus aient un plan prévoyant qu’ils puissent continuer à recevoir les services après leur remise en liberté et que l’on s’assure de leur procurer des éléments essentiels tels que le soutien social, l’hébergement et les médicaments et qu’ils aient leurs pièces d’identité.

En définitive, les policiers ont un rôle critique à jouer pour amener le système judiciaire à mieux réagir devant les troubles mentaux et la maladie mentale. Ce sont eux qui ouvrent la porte du système judiciaire et ils sont fréquemment les premiers sur les lieux lorsqu’un individu est en proie à une crise liée à la santé mentale. Il est donc essentiel que les policiers (ainsi que les travailleurs de première ligne du système juridique criminel et correctionnel) aient la meilleure formation possible en ce qui concerne les rapports avec les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. La plupart des services policiers du Canada reconnaissent la nécessité d’améliorer la formation et la sensibilisation dans ce domaine et on cherche activement à répondre à ce besoin.

Projet relatif aux services policiers (Commission)^{112, 113, 114}. Le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission a conclu son examen de l’instruction de base et de la formation en cours d’emploi que reçoivent les policiers en matière d’interaction avec les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. Il a aussi réalisé une étude de ces mêmes interactions du point de vue des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.

PRIORITÉ 2.4

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 2.4.1 Faciliter l'accès à des programmes pour détourner les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale du système correctionnel, y compris des tribunaux en santé mentale et d'autres services et formes de soutien, tant pour les jeunes que pour les adultes.
- 2.4.2 Fournir des services de santé mentale appropriés au sein du système de justice criminelle pour les jeunes et les adultes et voir à ce que tous les détenus aient un plan lors de leur remise en liberté.
- 2.4.3 Comblent les lacunes les plus critiques dans les programmes de traitement pour les jeunes délinquants et les contrevenants adultes qui ont de graves maladies mentales et dont les besoins sont complexes.
- 2.4.4 Accroître le rôle du système de santé mentale « civil » en ce qui a trait à la prestation de services, de traitements et de formes de soutien dans les systèmes de justice criminelle.
- 2.4.5 Informer les policiers, les agents des tribunaux et les travailleurs en milieu correctionnel sur les questions de santé mentale, leur apprendre comment agir devant ces problèmes et leur faire connaître les services disponibles dans leur région.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3

Donner accès à la bonne combinaison de services, de traitements et de formes de soutien en temps opportun, là où les personnes en ont besoin

Nous avons fait des progrès, et continuons d'en faire, en ce qui concerne le traitement des troubles mentaux et des maladies mentales au Canada. Toutefois, les systèmes de santé mentale fragmentés et sous-financés qu'on retrouve au pays sont loin d'être en mesure de répondre aux besoins de la population canadienne. Puisque l'opinion publique accorde une importance croissante à la santé mentale, nous avons une véritable occasion de transformer notre approche en santé mentale et d'améliorer l'accès à toute la gamme de services, de traitements et de formes de soutien qui sont nécessaires pour favoriser le rétablissement et le bien-être.

Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale (peu importe leur âge et la gravité de leur maladie), ainsi que leurs proches aidants devraient pouvoir accéder rapidement à la gamme complète de traitements, de formes de soutien et de services en santé mentale, comme elles y auraient droit si elles étaient atteintes d'une maladie cardiaque ou d'un cancer.

Aux yeux des gens qui ont besoin d'aide, le système actuel peut ressembler à un labyrinthe; c'est parfois ce que ressentent aussi les milliers de personnes dévouées qui leur assurent les services, les traitements et le soutien nécessaires. Malheureusement, il n'y a pas de formule magique pour créer un système véritablement intégré qui tienne compte des besoins des personnes et qui tire véritablement parti de leurs points forts¹⁵. Les traitements, le soutien et les services en matière de santé mentale sont dispensés à plusieurs endroits par différents professionnels de la santé, ainsi que par d'autres spécialistes de la santé mentale, pourvoyeurs de services et bénévoles. La voie vers le rétablissement et le bien-être est particulière à chaque personne et la bonne combinaison de services, de traitements et de formes de soutien varie selon les désirs des personnes, de leurs besoins et de la nature de leur condition. Chaque communauté a des ressources particulières qu'elle peut mettre à profit et doit relever des défis qui lui sont propres.

Formation en santé mentale des réseaux de services de première ligne, Île-du-Prince-Édouard

Dans le cadre de la mise sur pied de cinq nouveaux réseaux de services de santé de première ligne à l'Île-du-Prince-Édouard, la province a revu et amélioré le modèle de prestation des services de première ligne en santé mentale. Le personnel et les médecins appartenant à ces nouveaux réseaux de soins suivront une formation qui se fonde sur le *Cognitive Behavioural Interpersonal Skills Manual*. Cette formation a permis aux omnipraticiens de la Colombie-Britannique d'atteindre des résultats positifs. Dans cette province, les participants au programme de formation ont dit être d'accord ou fortement d'accord avec l'affirmation voulant que le programme ait permis d'améliorer leur pratique (91 %) et les soins prodigués (94 %), d'améliorer leurs habiletés en matière de diagnostic et de traitement (91 %), de diminuer leur tendance à se fier aux antidépresseurs (41 %) et d'accroître la capacité des usagers de retourner au travail (62 %)¹⁶. En collaboration avec les usagers, les professionnels des services de santé de première ligne évaluent les besoins et les forces, élaborent des plans d'action, ont recours à des guides et dirigent au besoin leurs clients vers des services plus intensifs.

Même s'il n'y aura jamais une solution universelle, il faut réduire la fragmentation des services et réaliser une meilleure intégration des services. Pour cerner les domaines qui exigent une attention particulière, il est utile d'imaginer le système comme une pyramide ayant plusieurs paliers ou niveaux. Une telle approche permet de mettre l'accent sur les lieux de prestation des services de même que sur le degré d'intensité des services. Ce modèle a pour but d'alimenter la réflexion sur des façons d'améliorer la trajectoire des usagers dans le système et l'efficacité des services en santé mentale afin que les personnes aient accès aux services, traitements et formes de soutien les plus appropriés et les moins intensifs pour répondre à leurs besoins^{117,118}.

Là où elle réside, ma mère a accès aux services d'un intervenant en santé mentale dans la communauté, à de l'aide quand elle est en crise et à un groupe social. Toutefois, ces services fragmentés n'ont pas facilité son rétablissement et elle en est au même point qu'il y a 15 ans.

– Membre d'une famille

Chaque niveau comprend divers services et formes de soutien qui ont des degrés d'intensité semblables. Aux niveaux inférieurs, on met l'accent sur la prestation de services moins intensifs et moins dispendieux offerts à un grand bassin de personnes. Les services et les formes de soutien à ce niveau doivent être offerts dans la plupart des communautés et peuvent comprendre des programmes de promotion et de prévention de la santé mentale à l'intention du grand public. Ils peuvent aussi comprendre des formes de soutien de faible intensité dans la communauté pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, de même que les programmes de prévention en milieu scolaire et le dépistage de la dépression dans les soins de santé de première ligne.

Plus haut dans la pyramide, les degrés d'intensité et de spécialisation augmentent, de même que les coûts liés à la prestation des services, mais on s'adresse ici à un nombre de personnes plus restreint. Ces services plus intensifs et spécialisés comprennent des unités de psychiatrie d'hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques, des services de santé mentale dans la communauté ainsi que des services de crise. Au sommet de la pyramide, on met l'accent sur la prestation des services les plus intensifs et dispendieux qui répondent aux besoins les plus complexes, comme les traitements pour les personnes ayant un retard de développement et une maladie mentale et qui pourraient aussi avoir des démêlés avec la justice. Malgré certaines variations à la grandeur du pays, les services aux paliers supérieurs sont souvent offerts à l'échelle régionale et comprennent parfois des services en établissement de longue durée.

Les personnes ne sont pas « rattachées » à un niveau particulier. Elles doivent pouvoir utiliser des services d'intensité différente en même temps. Par exemple, une personne qui a des symptômes graves peut avoir besoin de services spécialisés des niveaux supérieurs et accéder aussi à des services de première ligne. Il faut une approche équilibrée pour que les personnes puissent avoir accès aux services, aux traitements et aux formes de soutien spécialisés quand elles en ont besoin et pour qu'elles puissent passer facilement d'un niveau d'intensité à un autre au fur et à mesure que leurs besoins changent. L'objectif doit être d'assurer le développement d'un système où l'on peut obtenir à chaque guichet la méthode la moins intensive, la plus efficace et la moins dispendieuse pour répondre aux besoins de santé mentale des personnes.

Un système de santé mentale mieux intégré ne doit pas agir seul et doit être lié à toutes les composantes de la communauté et à d'autres réseaux de services : les médecins de famille, le personnel enseignant, les corps policiers et les professionnels des soins de longue durée font partie des partenaires qui doivent travailler ensemble et avec les pourvoyeurs de services en santé mentale pour mieux répondre aux besoins des gens. Grâce à un système mieux coordonné et intégré, davantage de ressources seront disponibles pour faciliter le rétablissement : l'accès aux médicaments et à des logements décentes et abordables, la consultation professionnelle et un soutien par les pairs facilement accessibles et de l'aide pour fixer et atteindre des objectifs relatifs à l'éducation et à l'emploi. Cette orientation stratégique propose cinq priorités qui aideront à mettre au point un tel système pour les personnes de tout âge.

Programme de planification des congés, Sarnia, Ontario

Ce service de la section de Sarnia Lambton de l'Association canadienne pour la santé mentale assure un accès sans heurt aux services offerts dans la communauté à toute personne âgée de plus de 16 ans qui est hospitalisée à l'unité de santé mentale du centre Bluewater. Le service amène les usagers, leur famille et d'autres personnes à élaborer un plan de réintégration dans la communauté de la personne visée pendant qu'elle est toujours hospitalisée. Une fois que cette personne a obtenu son congé de l'hôpital, le service s'assure que ses besoins immédiats sont satisfaits et qu'elle soit dirigée avec succès vers les ressources adéquates dans la communauté. Dans l'année suivant le début du programme, on a constaté que le taux de réadmission un mois après que la personne ait obtenu son congé de l'hôpital était inférieur de 36 % et que le taux de réadmission général avait diminué de 40 %. L'un des éléments principaux assurant le succès du programme est qu'il relève directement d'un service de santé mentale qui s'occupe également du logement, de la gestion des cas et d'autres services en santé mentale dans la communauté¹⁹.

PRIORITÉ 3.1

Élargir le rôle des services de première ligne pour répondre aux besoins en santé mentale.

Il y a des raisons importantes de donner des soins de santé mentale dans les services de première ligne qui donnent accès à une gamme de professionnels de la santé. La santé mentale et la santé physique étant liées, il faut les aborder ensemble. Non seulement les personnes aux prises avec une maladie physique chronique sont-elles plus à risque d'éprouver des troubles mentaux, mais les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale risquent plus souvent de ne pas recevoir les soins dont elles ont besoin pour conserver une bonne santé physique. Les études ont démontré que les adultes ayant de graves maladies mentales ont une espérance de vie diminuée de 25 ans en comparaison des adultes dans l'ensemble de la population. Les maladies cardiovasculaires sont les causes les plus courantes de décès¹²⁰.

Le Canada fait figure de pionnier en ce qui a trait aux nouvelles manières d'élargir le rôle des services de première ligne pour répondre aux besoins en matière de santé mentale. La plupart des provinces et des territoires ont en effet adopté le modèle de soins de collaboration en matière de santé mentale (c'est-à-dire des services de première ligne fournis par des « professionnels de la santé provenant de plusieurs spécialités, disciplines ou domaines qui travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires et du soutien mutuel »)¹²¹. L'accès, par une utilisation plus efficace des ressources, la satisfaction quant aux soins reçus et les résultats s'en trouvent ainsi améliorés. Cette approche doit être appliquée à plus grande échelle au Canada^{122,123}.

Il n'y a jamais eu une meilleure occasion d'élargir le rôle des services de première ligne pour répondre aux besoins en matière de santé mentale. Les personnes sont davantage portées à consulter leur médecin de famille pour un trouble mental ou une maladie mentale plus que tout autre professionnel de la santé. La transformation des services de première ligne qui se poursuit partout au pays signifie que 40 % de la population a maintenant accès à des équipes de services de première ligne formées de plusieurs professionnels qui offrent une gamme de services de santé^{124,125}.

La transformation du système de santé a vu la mise en œuvre de modèles de gestion plus efficace des maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète. On a entre autres mis sur pied des équipes multidisciplinaires qui font la promotion du bien-être et qui encouragent les gens à prendre en charge leur propre santé. Il y a aussi une plus grande intégration des systèmes de santé mentale et des systèmes de traitement des toxicomanies. Ces améliorations offrent des moyens de mieux intégrer les soins en santé mentale et les services de première ligne et de promouvoir le rétablissement et le bien-être.

CHEER Soins en collaboration : échange, évaluation et recherche (Commission)¹²⁶. Grâce à cette initiative pancanadienne, qui relève du Centre d'échange des connaissances de la Commission, de nombreux partenaires, y compris des personnes ayant un vécu des troubles mentaux et de la maladie mentale, identifient et diffusent les meilleures pratiques existantes dans le domaine des services de santé mentale de première ligne et de la toxicomanie au Canada afin d'y apporter des améliorations mesurables. Les éléments sur lesquels CHEER se concentre sont l'autogestion avec soutien, le développement des capacités et des habiletés et les communautés rurales ou éloignées.

Au fur et à mesure que les services de première ligne en santé mentale s'amélioreront, il faudra que tous les médecins de famille et les autres professionnels des services de première ligne adoptent une approche interdisciplinaire et acquièrent des compétences de base en santé mentale orientées vers le rétablissement et le bien-être. Ils auront besoin de lignes directrices pour faire du dépistage, pour assurer la prestation des services, des traitements et des formes de soutien en matière de santé mentale et de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de même que pour prévenir le suicide. On devra porter une attention particulière à l'évolution des besoins tout au long de la vie. Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leurs proches aidants doivent participer à la conception et à l'évaluation de ces services.

Les nouvelles technologies offrent de formidables moyens de promouvoir la santé mentale et de prévenir les troubles de santé mentale. La technologie facilite la collaboration et peut devenir un outil remarquable pour soutenir l'autogestion, en particulier dans le cas des jeunes qui utilisent Internet pour toutes leurs activités. La cybersanté offre de nouvelles possibilités d'interaction et de participation entre les personnes qui ont besoin des services et les professionnels. Les dossiers médicaux électroniques, la télémédecine, le dépistage et les traitements en ligne, les vidéoconférences et la formation en ligne sont des outils qui favorisent la collaboration, l'accès et l'acquisition de compétences. Dans la communauté, durant des décennies, les services téléphoniques d'aide médicale ont servi à titre de services d'urgence. De nouveaux services basés sur la téléphonie permettent de venir en aide aux personnes aux prises avec des troubles modérés de dépression et d'anxiété et de prévenir et de repérer les troubles et les maladies mentales chez les enfants¹²⁷.

Services offerts à distance à l'intention des familles, Nouvelle-Écosse

Strongest Families est un programme qui a été développé par le Centre de santé IWK, de Halifax, et qui est maintenant dirigé par le *Strongest Family Institute*. Ce programme aide les parents et les enfants de quatre régions régionales de santé de la Nouvelle-Écosse, ainsi qu'en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, à faire face aux défis que présentent les problèmes de comportement et d'anxiété communs chez les enfants¹²⁸. Dans le cadre de ce programme, des guides et des vidéos sont distribués aux familles afin qu'elles puissent suivre à la maison des modules sur les habiletés à développer. Elles sont soutenues par des consultations téléphoniques avec des personnes formées. Des recherches menées à l'issue d'essais aléatoires avec groupe contrôle révèlent que *Strongest Families* donne de meilleurs résultats que les services habituels. Le taux de décrochage chez les participants du programme est inférieur à 10 % et les enfants inscrits au programme sont beaucoup moins susceptibles d'avoir une maladie diagnostiquée après 8 et 12 mois. En outre, un suivi effectué auprès des enfants un an plus tard a confirmé l'effet positif du programme et, lors de ce même suivi, les parents ont dit être très satisfaits de la qualité des services leur ayant été offerts¹²⁹.

PRIORITÉ 3.1

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 3.1.1 Favoriser les approches axées sur la collaboration entre les services de première ligne en santé mentale par une meilleure communication, un financement adéquat et de la formation sur l'interdisciplinarité.
- 3.1.2 Intégrer des approches axées sur le rétablissement dans les services de première ligne en faisant participer les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leurs proches au processus de planification et en favorisant l'autogestion et le soutien par les pairs.
- 3.1.3 Introduire des lignes directrices applicables au dépistage, aux services, aux traitements et au soutien en ce qui a trait aux problèmes courants de santé mentale et de toxicomanie, en particulier pour les personnes qui ont des problèmes de santé physique chroniques.
- 3.1.4 S'assurer que les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale ont accès aux soins de santé physique appropriés en temps opportun.
- 3.1.5 Utiliser les technologies pour favoriser la collaboration, accroître l'accès aux services et encourager les personnes à gérer leurs troubles mentaux et leur maladie mentale.

PRIORITÉ 3.2

Accroître la disponibilité et la coordination des services de santé mentale dans la communauté pour les personnes de tout âge.

Un système de santé mentale transformé devrait surtout être fondé sur la communauté, parce que l'accès aux services, aux traitements et au soutien dans la communauté améliore la qualité de vie des gens et contribue à diminuer le temps passé à l'hôpital^{130,131}. La désinstitutionnalisation (qui s'est produite quand le Canada, en même temps que plusieurs autres pays, a mis fin à la pratique qui avait cours depuis longtemps de placer, voire abandonner, les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale dans des « asiles ») était la bonne façon de procéder. Notre échec a consisté à ne pas remplacer les soins en établissement par des services et des formes de soutien en quantité suffisante dans la communauté.

Cet échec a contribué de façon significative à augmenter la proportion de personnes ayant une maladie mentale au sein de la population des sans-abri et dans les prisons et les pénitenciers, qui sont ni plus ni moins devenus les « asiles » du 21^e siècle. L'absence de soutien en situation de crise et de soins de santé mentale et de services de première ligne dans la communauté oblige aussi les personnes à se rendre aux salles d'urgence pour obtenir de l'aide, ce qui allonge les listes d'attente et étire des ressources limitées¹³². Plusieurs services dans la communauté ne prennent même pas la peine de tenir de listes d'attente de crainte de donner de faux espoirs à celles qui espèrent recevoir des services. Non seulement est-il essentiel de faire une meilleure évaluation des temps d'attente pour les services dans la communauté, mais des normes sur le temps d'attente, semblables à celles qui s'appliquent aux maladies physiques graves, devraient être établies^{133,134}.

Les services dans la communauté (lorsqu'ils sont efficaces), mettent l'accent sur les besoins individuels et correspondent bien aux réalités locales. Parmi d'autres bienfaits, les services de santé dans la communauté ont réussi à conserver leur clientèle et à bien répondre aux besoins, tout en veillant à la continuité des soins¹³⁵. Tous les services (santé mentale, traitement des toxicomanies, santé, services sociaux, éducation, justice et autres domaines) doivent être mieux coordonnés, et cela tout au long de la vie. Les personnes qui utilisent ces services ont besoin d'aide afin de s'y retrouver dans les méandres du système. Une bonne façon d'y parvenir est de permettre aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale de travailler avec les pourvoyeurs de services pour établir leur plan de soins afin de s'assurer que les services, les traitements et les formes de soutien soient bien adaptés à leur cheminement individuel.

Réduction des temps d'attente pour les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, Saskatchewan

Dans le cadre d'une initiative provinciale plus vaste, les services de santé mentale et de toxicomanie des régies régionales de santé de la Saskatchewan ont adopté l'approche « lean » dans le but de réduire les temps d'attente. Cette méthode d'évaluation de la prestation des services dans un milieu de travail met l'accent sur les besoins des usagers et vise à rendre les processus et les procédures plus efficaces et plus adaptées aux besoins¹³⁵. Une grande régie a ainsi pu ramener de huit à un mois les temps d'attente pour l'obtention de services en santé mentale pour adultes et répond maintenant à 80 % des demandes de services urgentes dans un délai de sept jours. Une plus petite régie n'a plus de liste d'attente pour les services de santé mentale et de toxicomanie pour les enfants et les jeunes et a réduit de moitié les temps d'attente pour les services destinés aux adultes.

J'ai eu une vie difficile, mais voilà que je sers de guide à d'autres personnes ayant des troubles mentaux. Je travaille dans le système et je comprends très bien ce que vivent mes clients. Je suis convaincue que cela fait de moi une meilleure personne. Mais les changements auraient dû venir plus vite, il aurait fallu que ce soit plus facile et que les services soient plus accessibles. Quand je suis forcée de m'excuser auprès d'une personne et de lui dire que je ne sais pas où la diriger pour qu'elle obtienne de l'aide, je sais trop bien le sentiment qui l'habite.

– Une travailleuse sociale ayant un vécu de la maladie mentale

Les enfants, les jeunes et les aînés font face à des obstacles particuliers quand il est question d'obtenir en temps opportun la bonne combinaison de services, de traitements et de soutien¹³⁷. En plus d'aborder la question des graves lacunes dans les services, les ressources humaines et la recherche, on doit aussi mieux coordonner les services de santé mentale qui sont liés aux réseaux de services adaptés aux différentes étapes de la vie (y compris les garderies et les services à l'enfance, ainsi que les soins à domicile et de longue durée pour les aînés).

Il y a d'autres services pour lesquels les personnes attendent trop longtemps ou auxquels elles n'ont pas accès : les psychothérapies et le counselling clinique. On ne manque pas de données probantes indiquant que ces services (lorsqu'ils sont prodigués par des professionnels qualifiés capables d'offrir des approches qui reposent sur les meilleures pratiques) offrent un bon rapport coût-efficacité et améliorent les résultats chez de nombreuses personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale^{138, 139}. Élargir l'accès à ces services est d'ailleurs devenu une priorité dans les systèmes publics tels que ceux de l'Australie ou du Royaume-Uni.

Bien qu'il y ait des psychothérapies et du counselling clinique offerts au Canada dans les hôpitaux et les centres de santé mentale, les listes d'attente sont longues et les critères pour avoir accès à ces services peuvent être très restrictifs. Il y a des thérapeutes qui offrent ce service en pratique privée, mais de nombreuses personnes n'ont pas la capacité de se le payer. De plus, les mesures sont insuffisantes pour financer et soutenir des approches novatrices fondées sur une approche multidisciplinaire afin d'offrir ces services dans les réseaux de première ligne et les services de santé mentale dans la communauté.

Étant donné les bienfaits possibles tout au long de la vie, il est urgent que les gouvernements abordent la question du régime à deux vitesses en ce qui concerne l'accès aux psychothérapies et au counselling clinique pour les enfants et les jeunes. Il est inacceptable que des jeunes doivent attendre presque un an pour avoir accès à ces services dans le réseau public parce que leurs parents n'ont pas les moyens de les payer au privé. Les gouvernements doivent éliminer les obstacles financiers qui empêchent les enfants d'avoir accès aux psychothérapies et au counselling clinique lorsqu'ils en ont besoin.

Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada (Commission)¹⁴⁰.

Le Comité consultatif sur la santé mentale des enfants et des jeunes de la Commission a élaboré ce document-cadre à l'intention des responsables des politiques, plans, programmes et services en matière de santé mentale et pour tous ceux qui sont visés par ces derniers. Evergreen propose une série de valeurs et d'orientations stratégiques pour les programmes destinés aux enfants et aux jeunes partout au Canada. Il a été développé grâce à une approche innovante de collecte de données probantes et de développement d'un consensus parmi les experts nationaux et internationaux.

PRIORITÉ 3.2

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 3.2.1 Accroître les ressources et développer la capacité d'offrir une gamme de services de santé mentale offerts dans la communauté pour les personnes de tout âge.
- 3.2.2 Mieux coordonner la collaboration entre les réseaux de services de santé mentale, de santé, de traitement des toxicomanies et autres services pour les personnes de tout âge et fournir des outils et un soutien pour s'y retrouver dans le système.
- 3.2.3 Établir des normes sur les temps d'attente pour obtenir des services de santé mentale dans la communauté pour les personnes de tout âge.
- 3.2.4 Accroître l'accès aux psychothérapies et au counselling clinique par des professionnels qualifiés capables d'offrir des approches qui reposent sur les meilleures données probantes.
- 3.2.5 Éliminer les obstacles financiers qui empêchent les enfants, les jeunes et leurs familles d'avoir accès aux psychothérapies et au counselling clinique.

PRIORITÉ 3.3

Assurer un meilleur accès aux services, traitements et formes de soutien intensifs, aigus et très spécialisés lorsque les personnes ayant des troubles mentaux et des maladies mentales graves et complexes en ont besoin.

Une importante mesure du bon fonctionnement d'un système de santé mentale transformé est sa façon de répondre aux besoins des personnes ayant les maladies mentales les plus graves et complexes—en particulier en ce qui a trait à l'accès aux services intensifs et spécialisés et à l'obtention des traitements.

Les personnes ayant des troubles mentaux graves comme la schizophrénie réussissent mieux lorsqu'elles habitent dans la communauté et sont soutenues par des programmes interdisciplinaires qui comportent, par exemple, des services d'intervention en cas de crise, de gestion de cas et de suivi intensif dans la communauté (équipe multidisciplinaire offrant des services intensifs aux personnes ayant des troubles mentaux graves ou complexes). D'autres services sociaux de soutien sont nécessaires pour aider les personnes à trouver et conserver un logement, à éviter les démêlés avec le système judiciaire ou à mieux naviguer à travers le système^{141, 142, 143}. Certains services de santé mentale dans la communauté sont aussi moins dispendieux (jusqu'à cinq fois moins) que ceux fournis à l'hôpital¹⁴⁴.

Cela dit, à cause de la nature de leurs symptômes, certaines personnes auront besoin à l'occasion de services aigus de courte durée à l'hôpital tandis qu'une petite proportion de la population aura peut-être besoin de services très spécialisés à long terme. Les programmes d'intervention précoce en cas de psychose (offerts quand surviennent les premiers symptômes) se révèlent efficaces pour prévenir la récurrence des épisodes psychotiques et ils contribuent au retour au travail ou au maintien en milieu scolaire¹⁴⁵. On peut parvenir à un bon équilibre de services intensifs dispensés dans la communauté et dans le milieu hospitalier en s'entendant sur des normes et en les utilisant pour guider la planification au plan régional, tout en reconnaissant qu'il faudra peut-être adapter ces normes pour les enfants, les jeunes, les adultes et les aînés^{146, 147, 148}.

Plusieurs changements ont déjà été apportés à nos établissements de santé mentale, symbolisés par leur changement de nom. D'hôpitaux psychiatriques, ils sont devenus des centres de santé mentale. Pour ces centres, de même que pour les services intensifs offerts dans la communauté et les programmes résidentiels très spécialisés, il est possible d'orienter davantage la culture, les politiques et les pratiques vers le rétablissement et le bien-être. En appuyant les choix des personnes, en communiquant l'espoir et en réduisant la pratique de l'isolement et de la contention, on verra davantage de transitions menant vers une vie épanouissante dans la communauté.

Intervention précoce en cas de psychose, Colombie-Britannique

Le *BC Early Psychosis Intervention (EPI)* est un programme combinant des activités de sensibilisation des jeunes et de dépistage précoce de la psychose, d'aiguillage, d'examen, de traitement et d'évaluation. EPI incite activement les jeunes à prendre en charge leur rétablissement en les informant des choix qui s'offrent à eux, en leur proposant des outils d'auto-gestion et en leur facilitant l'accès à de nouveaux médicaments. Les services sont offerts à domicile, dans des cliniques et dans d'autres milieux où les jeunes peuvent maintenir leurs liens avec leur famille et leur communauté, l'hospitalisation étant la solution de dernier recours¹⁴⁹. Le programme EPI de la régie régionale de santé de la Fraser-sud fait état d'une amélioration de l'accès aux services, 13 % de plus de jeunes étant vus dans un délai d'une semaine et 60 % des premiers traitements étant dispensés dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital. Les résultats de santé sont également positifs : une amélioration importante des symptômes psychiatriques ayant été constatée chez 71 % des jeunes après six mois et une rémission complète après un an chez 21 % d'entre eux.

De telles transitions ne dépendent pas seulement du secteur institutionnel. À la sortie de l'hôpital, les personnes ont souvent de la difficulté à entrer en contact avec les organismes en santé mentale dans la communauté ou avec les services de première ligne. Souvent, les services qu'elles parviennent à trouver sont mal coordonnés et elles éprouvent de la difficulté à s'y retrouver. Le manque de services et de soutien à la sortie de l'hôpital peut entraîner de graves conséquences à la fois pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et pour leurs proches.

Selon une récente étude, seulement 63 % des personnes qui avaient été hospitalisées pour une dépression avaient obtenu un rendez-vous de suivi avec un médecin dans les 30 jours après leur congé, en comparaison de 99 % des personnes ayant une insuffisance cardiaque. Toujours dans les 30 jours après le congé, 25 % des personnes qui avaient été hospitalisées pour une dépression ont dû soit se rendre à une salle d'urgence, soit être hospitalisées à nouveau¹⁵⁰. Comme nous l'avons déjà souligné dans la deuxième orientation stratégique, il faut aussi mieux planifier la remise en liberté des détenus en milieu carcéral afin de veiller à ce que leur réintégration dans la communauté soit couronnée de succès.

Ma sœur a obtenu son congé aussitôt qu'elle a atteint les objectifs du programme, mais sans soutien continu et sans ressources pour l'aider à poursuivre son rétablissement à la maison et sans que nous, les membres de la famille, ayons accès à une ressource quelconque pour l'aider. En l'espace d'une semaine, presque tous les progrès réalisés pendant qu'elle suivait le programme avaient disparu.

— Membre d'une famille

Les médicaments ont joué, et continuent de jouer, un rôle primordial dans la vie des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. Ils sont une composante essentielle de la gamme complète de choix de services, de traitements et de formes de soutien qui favorisent le rétablissement et le bien-être. De nombreuses questions relatives à la médication doivent être abordées¹⁵¹.

En premier lieu, les iniquités touchant l'accès à la médication sont un obstacle considérable pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. Le coût des médicaments est remboursé par le régime public seulement lorsque les personnes sont à l'hôpital, à moins qu'elles ne soient admissibles à une aide publique par le biais de programmes de soutien aux personnes handicapées ou d'un régime d'assurance médicaments (cette situation ne s'applique pas au Québec où la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance est obligatoire). Autrement, si les personnes n'ont pas d'assurance privée, elles doivent payer elles-mêmes leurs médicaments. Comme les médicaments pour troubles psychiatriques peuvent être fort dispendieux, et comme les personnes ayant des troubles mentaux ou des maladies mentales graves peuvent avoir besoin de plusieurs médicaments, bon nombre d'entre elles ne sont pas en mesure de payer leur ordonnance. C'est un

Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens (Commission)¹⁵². Le Comité consultatif sur les aînés de la Commission a élaboré ces lignes directrices qui présentent un modèle pour la prestation de services de santé complets et intégrés pour les Canadiens plus âgés, de même que des normes proposant des cibles concrètes aux fins de planification.

défi lorsque les personnes transitent de l'hôpital ou du système judiciaire vers la communauté. Pour continuer à se rétablir, il est primordial que ces personnes continuent à prendre leurs médicaments.

En deuxième lieu, il y a aussi des iniquités touchant l'accès à la médication dans les formulaires provinciaux et territoriaux de médicaments qui régissent la liste des médicaments couverts par les régimes publics d'assurance. En raison des incohérences entre les juridictions, des personnes vivant dans différentes régions du pays ont accès à des médicaments différents. Seules quelques personnes, y compris celles qui ont un régime privé d'assurance, ont accès aux nouveaux médicaments, qui sont plus dispendieux et parfois plus efficaces.

Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale doivent avoir accès aux médicaments les plus efficaces pour favoriser leur rétablissement. Dans la mesure du possible, elles ont besoin d'être soutenues pour faire des choix éclairés et sains en ce qui a trait aux différentes pharmacothérapies, à l'instar des personnes qui ont une maladie physique¹⁵³.

Les jeunes ayant des troubles mentaux et des maladies mentales graves et complexes doivent affronter des obstacles supplémentaires en ce qui a trait à l'accès aux services, aux traitements et aux formes de soutien intensif. Plusieurs sont laissés pour compte lorsqu'ils deviennent trop âgés pour être servis par le réseau de services pédopsychiatriques. Ils peuvent ne plus avoir accès à ces services qui ne sont pas offerts aux adultes ou ils peuvent en être privés parce que leur transfert vers le système réservé aux adultes n'a pas été bien organisé.

En ce qui concerne les aînés ayant de graves maladies mentales, il est essentiel qu'ils puissent continuer à recevoir les services et les formes de soutien intensif offerts dans la communauté à mesure qu'ils vieillissent. Il faut mettre fin aux cloisons existantes entre les systèmes qui assurent les services aux aînés.

Jeunes en transition vers le système de santé mentale pour les adultes (Commission). Cette initiative conjointe des comités consultatifs sur les enfants et les jeunes, sur les systèmes de prestation de services et sur la santé mentale et la loi de la Commission contribuera à orienter la prise de décisions relativement aux politiques et pratiques à mettre en place pour améliorer la transition des jeunes vers les services de santé mentale pour les adultes et diminuer les taux de désengagement.

Les troubles mentaux et les maladies mentales complexes comprennent plus d'un diagnostic. Ce sont par exemple les troubles du développement accompagnés d'un trouble de santé mentale ou d'une maladie mentale chez les enfants et les adultes (diagnostic mixte), les troubles neurologiques complexes, comme la maladie de Parkinson, et les traumatismes crâniens chez les adultes et les aînés ou les problèmes de toxicomanie combinés à des troubles mentaux ou une maladie mentale (troubles concomitants). En raison d'une mauvaise coordination des services, d'un manque de connaissances de ces diagnostics mixtes et de formes multiples de stigmatisation, ces populations éprouvent les plus grandes difficultés à recevoir les services et le soutien appropriés. Elles ont grand besoin d'une meilleure coordination entre les services en éducation, en santé et en santé mentale, en traitement des troubles du développement, en justice et les services sociaux. De même, il faut favoriser le développement des compétences et des connaissances des professionnels livrant ces services⁵⁴.

En particulier, même si les gouvernements ont réalisé des progrès considérables pour intégrer au niveau administratif les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, il reste bien du travail à faire pour traduire cette politique d'intégration dans une collaboration efficace au niveau des services.

J'ai dû attendre longtemps avant d'avoir de l'aide parce qu'en psychiatrie on me disait que je devais arrêter de prendre des drogues avant de pouvoir recevoir de l'aide. Dans les programmes d'aide aux toxicomanes, on me disait que je devais d'abord soigner ma maladie mentale. Après une tentative de suicide, j'ai été référé en psychiatrie pour des troubles concomitants. J'ai commencé à chercher de l'aide en 1993 et je n'en ai trouvé qu'en 2005.

— Participant à un webinaire du projet Turning the Key

PRIORITÉ 3.3

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 3.3.1 Établir des normes sur la disponibilité des traitements et des soins aigus très spécialisés pour les personnes de tout âge ayant des troubles mentaux ou des maladies mentales graves ou complexes.
- 3.3.2 Adopter des approches axées sur le rétablissement et le bien-être dans les politiques et les pratiques touchant les services de santé mentale aigus et très spécialisés.
- 3.3.3 Faciliter les transitions à partir des services intensifs vers la communauté en faisant un suivi rapide à la sortie de l'hôpital et en aidant la personne à accéder aux services de santé mentale offerts dans la communauté.
- 3.3.4 Éliminer les obstacles à l'accès équitable aux médicaments.
- 3.3.5 Éliminer les obstacles qui entravent les transitions entre les différents services de santé mentale pour les enfants, les jeunes, les adultes et les aînés.
- 3.3.6 Mieux coordonner les services pour les personnes qui vivent avec des troubles mentaux ou avec une maladie mentale et qui ont aussi un trouble du développement ou une maladie neurodégénérative et enrichir les compétences et les connaissances de tous les pourvoyeurs de ces services.
- 3.3.7 Améliorer la collaboration dans la prestation des services aux personnes ayant à la fois des problèmes de toxicomanie et un trouble de santé mentale ou une maladie mentale (troubles concomitants).

PRIORITÉ 3.4

Reconnaître le soutien par les pairs comme une composante essentielle des services de santé mentale.

Le soutien par les pairs fonctionne parce que les personnes ayant eu un trouble mental ou une maladie mentale peuvent apporter soutien, encouragement et espoir à d'autres personnes lorsque celles-ci doivent affronter des situations similaires. Le soutien par les pairs peut être dispensé partout où les personnes en ont besoin : dans des organismes gérés par les pairs, dans les milieux de travail, dans les écoles ou dans les établissements de soins de santé.

Il y a cinq ans, j'ai commencé à participer chaque semaine à un groupe de soutien et j'y suis resté pendant deux ans. Cela a changé ma vie de savoir qu'il y avait d'autres personnes qui avaient eu des difficultés et s'en étaient sorties... Même si je lutte avec la maladie régulièrement depuis l'âge de quinze ans, jusqu'à ce moment-là je n'avais pas compris ce qui manquait à ma vie.

— Participant au groupe de discussion *Pour faire avancer la cause du soutien par les pairs*

Les organismes indépendants gérés par les pairs jouent un rôle essentiel en fournissant un soutien à une personne ou en appuyant les pairs qui travaillent dans les milieux de tous les jours¹⁵⁹. Les programmes de soutien par les pairs peuvent aussi réunir des familles qui ont vécu des expériences similaires avec un être cher ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. On peut ainsi aider les proches à comprendre le système de santé mentale, favoriser le rétablissement et améliorer leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes^{160, 161, 162}.

Le soutien par les pairs peut aider à réduire l'hospitalisation et les symptômes des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, en plus d'apporter un soutien social et d'améliorer la qualité de vie¹⁶³. Malgré son efficacité, le soutien par les pairs reçoit des fonds très limités. L'élaboration de lignes directrices et de normes de pratique pour le soutien par les pairs en rehaussera la crédibilité comme composante essentielle d'un système de santé mentale transformé et en encouragera l'utilisation^{164, 165}.

Pair aidant auprès des familles au service des urgences, Owen Sound, Ontario

Lorsqu'une personne en état de crise arrive à l'urgence aux Services de santé de Grey Bruce accompagnée d'un membre de sa famille, un pair aidant est sur les lieux pour répondre aux questions de la famille, la rassurer et l'aider à comprendre et naviguer dans le système de santé mentale. Le Programme de soutien aux familles en crise est le fruit d'un partenariat entre l'hôpital et l'organisme HopeGreyBruce, lequel offre des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Ce programme fournit les services de pairs aidants. Il a considérablement réduit le délai durant lequel les familles doivent attendre pour obtenir de l'information au sujet des programmes de soutien aux familles dans la communauté¹⁵⁵. La rétroaction des familles est très positive en majorité. Les membres du personnel ont également constaté que le programme a eu des effets positifs dans la mesure où les malentendus et les conflits avaient diminué, les familles se sont impliquées davantage, sont mieux informées et composent mieux avec la situation; aussi, les visites au service des urgences et les crises récurrentes ont diminué¹⁵⁶.

Projet des pairs et Pour faire avancer la cause du soutien par les pairs (Commission)^{157, 158}. Le Comité consultatif sur les systèmes de prestation des services de la Commission a dirigé l'élaboration du rapport intitulé *Pour faire avancer la cause du soutien par les pairs*. Ce rapport comporte des recommandations pour promouvoir le soutien par les pairs au Canada basées sur des conclusions obtenues dans une analyse de la documentation internationale et de nombreux groupes de discussion. Le *Projet des pairs* de la Commission fait suite à ces recommandations en développant des directives de pratique. Ces directives favoriseront l'accroissement des capacités relatives au soutien par les pairs au Canada et ouvriront la voie à un processus de certification volontaire. Le projet évalue aussi les meilleurs moyens de colliger les données probantes issues des résultats de la mise en place d'interventions de soutien par les pairs en milieu de travail.

PRIORITÉ 3.4

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 3.4.1 Accroître les programmes de soutien par les pairs dotés des ressources appropriées, tant dans les milieux de tous les jours que dans les organismes indépendants de soutien par les pairs.
- 3.4.2 Accroître les occasions de soutien par les pairs pour les familles.
- 3.4.3 Mettre au point des directives de pratique relatives au soutien par les pairs en collaboration avec des organismes de soutien par les pairs.

PRIORITÉ 3.5

Élargir l'accès au logement avec soutien et améliorer le soutien du revenu ainsi que l'aide à l'emploi et à l'éducation pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et aider davantage leurs proches.

Le rétablissement n'est pas possible si « les éléments constitutifs d'une communauté : logement, éducation, source de revenu et travail, dont [toute personne] doit pouvoir bénéficier », ne sont pas en place¹⁶⁶. On devrait appuyer les efforts des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale qui cherchent à façonner leur vie au sein de la communauté et leur permettre de choisir le lieu où elles veulent habiter et les services qu'elles souhaitent utiliser dans la communauté. Le logement qu'on leur offre devrait être abordable, stable et sûr. Tout porte à croire que les personnes qui disposent de meilleures conditions de logement ont de meilleures chances de se rétablir. Il en coûte moins cher d'offrir du logement avec soutien que de ne rien faire puisque, dans ce dernier cas, on doit dépenser davantage pour les soins aigus et le système judiciaire¹⁶⁷.

Il faut assurer un meilleur accès au logement abordable et adéquat et offrir des solutions de logement adaptées aux besoins de chacun. Lorsque le besoin se présente, on devrait verser une subvention pour le logement. Le rapport *Turning the Key* estime que, pour réaliser des progrès dans ce domaine, il faudrait qu'au moins 100 000 personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leur famille puissent obtenir un logement et des services connexes au cours des dix prochaines années. Considérant le vieillissement de la population, le besoin en termes de logement et de services complémentaires pour les aînés ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale ira aussi en s'accroissant.

Il est nécessaire, par ailleurs, de créer des programmes ciblés à l'intention des personnes qui sont déjà itinérantes. Si l'on se fie aux diverses études, entre 23 % et 74 % des personnes itinérantes au Canada seraient aux prises avec des troubles mentaux ou des maladies mentales¹⁶⁸. On compte de plus en plus de programmes, dont plusieurs misant sur la priorité au logement (*Housing First*), qui donnent des résultats très prometteurs en ce qui a trait à l'amélioration de la vie pour les personnes itinérantes qui vivent avec des troubles mentaux ou une maladie mentale, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde¹⁶⁹. Ces programmes assurent un logement et d'autres services axés sur le rétablissement aux personnes qui le désirent, sans qu'elles soient obligées d'accepter au préalable un traitement ou des services^{170, 171, 172}. Ces programmes doivent être maintenus et prendre de l'ampleur partout au pays et l'on doit aussi étudier dans quelle mesure ils seraient susceptibles, ainsi que d'autres modèles, de prévenir l'itinérance prolongée chez les jeunes.

Turning the Key : Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale (Commission)¹⁷³. Dirigé par le Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services de la Commission, le projet *Turning the Key* fait le bilan des besoins en matière de logement et de services connexes pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale au Canada et analyse les données les plus probantes et les pratiques les plus prometteuses à travers le pays.

Dans le cadre d'un projet mené à Toronto, 67 % des usagers d'un refuge ont affirmé avoir souffert de maladie mentale à un moment ou à un autre de leur vie¹⁷⁴.

En offrant du logement adéquat et des services complémentaires aux personnes itinérantes qui ont un vécu des troubles mentaux ou de la maladie mentale, soit on économise de l'argent, soit on réalise un meilleur rendement des investissements¹⁷⁵. Les coûts cumulatifs associés aux refuges et à l'augmentation des besoins en soins de santé et aux autres services par ces personnes peuvent s'avérer plus importants que ce qu'il en coûterait de tout simplement leur offrir un endroit où habiter avec le soutien nécessaire^{176, 177}.

On doit également agir sur d'autres fronts. Un travail intéressant ainsi qu'une scolarité et un revenu suffisants contribuent, entre autres, à l'atteinte et au maintien d'une bonne qualité de vie. Or, le taux de chômage est élevé chez les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et bon nombre d'entre elles ne sont pas en mesure d'exploiter leurs talents ou de développer leurs aptitudes¹⁷⁸. C'est particulièrement difficile pour les jeunes adultes puisque l'incidence des troubles mentaux et des maladies mentales est à son sommet au cours de leurs années les plus productives¹⁷⁹.

Au sein du groupe d'individus ayant des troubles mentaux et des maladies mentales graves et complexes, on estime que le taux de chômage peut atteindre entre 70 et 90 %¹⁸⁰.

Il importe donc d'aplanir les obstacles qui empêchent les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale d'entrer sur le marché du travail, en donnant à ces gens un soutien accru pour leur permettre d'obtenir un bon emploi¹⁸¹. Certains organismes dirigés par des pairs et diverses entreprises sociales offrent des emplois dans des milieux qui soutiennent ces personnes, ce qui peut s'avérer une excellente solution pour certaines personnes. D'autres, qui ont dû interrompre leurs études en raison de la maladie mentale, pourraient bénéficier de programmes d'éducation qui les soutiennent et qui leur permettraient de remonter en selle^{182, 183}. Il existe un besoin criant pour de tels services.

Chez Soi (Commission)¹⁸⁴. Ce projet pilote de recherche de la Commission examine la problématique de l'itinérance couplée à la maladie mentale dans cinq villes canadiennes : Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver. Il a pour but principal de recueillir des faits sur les services et les systèmes qui seraient les plus aptes à venir en aide aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et qui sont aussi en situation d'itinérance. Il se concentre sur l'approche misant sur la priorité au logement (*Housing First*). Le projet Chez Soi veut ainsi répondre aux questions suivantes : Cette approche est-elle efficace? Si oui, pour quelle clientèle? À quel coût? Cette étude—la plus importante jamais entreprise au monde dans ce domaine—établira une comparaison entre les coûts associés à une approche fondée sur la priorité au logement et ce qu'il en coûte pour les services habituels. Parallèlement, le projet fournit un soutien pratique important à des centaines de personnes vulnérables.

Le Canada tire de l'arrière par rapport à beaucoup de pays en ce qui a trait aux prestations d'invalidité¹⁸⁵. On doit trouver une meilleure façon d'évaluer qui a droit aux prestations et aussi en améliorer l'administration. En particulier, on doit introduire assez de flexibilité pour tenir compte du caractère épisodique de plusieurs maladies mentales. En raison de sa rigidité, le système empêche les personnes de miser sur leurs forces. À vrai dire, il a un effet dissuasif sur le plan financier pour les gens qui cherchent à retourner au travail puisqu'on leur retire alors leurs prestations. Il en résulte notamment la perte de l'assurance médicaments même si le salaire de la personne n'est pas suffisamment élevé pour lui permettre de se procurer ses médicaments. Personne ne devrait renoncer à travailler en raison des coûts des médicaments.

Par ailleurs, un autre besoin est souvent oublié. Pour les proches aidants—y compris les membres des familles et les autres personnes qui jouent ce rôle—le fait d'avoir à donner des soins non rémunérés à une personne ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale peut nuire à leur propre intégration au marché du travail et leur occasionner de graves problèmes financiers. Une étude a ainsi signalé que 27 % des proches aidants avaient subi une perte de revenus et que 29 % d'entre eux devaient assumer d'importants coûts financiers reliés aux soins fournis au membre de leur famille¹⁸⁶. Ces proches aidants doivent avoir davantage d'appui financier sous forme de crédits d'impôt et d'indemnités de soignant et doivent pouvoir bénéficier de services de répit et de politiques en milieu de travail qui puissent réduire leur fardeau, par exemple, en leur accordant des congés en raison de leur rôle et des heures flexibles¹⁸⁷.

Programme de placement et de soutien individuels (IPS), Montréal, Québec

Depuis 2001, ce programme, offert par l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, aide les personnes ayant des maladies et des troubles mentaux graves à trouver un emploi sur le marché du travail. Les quatre employés du programme aident quelque 85 personnes à la fois à trouver un emploi (habituellement à temps partiel au début) qui correspond à leurs intérêts et à leurs capacités. Avec le temps, de nombreux participants se sont mis à travailler plus longtemps, et même à temps plein. Au début de 2012, 32 personnes sur 84 inscrites au programme gagnaient un salaire suffisant pour cesser de toucher des prestations d'invalidité. Ce résultat cadre avec les résultats constatés dans un essai aléatoire avec groupe contrôle qui indique que sur une période de 12 mois, 47 % des participants du programme IPS à Montréal avait trouvé un emploi sur le marché du travail contre 18 % des membres du groupe contrôle¹⁸⁸.

Projet Revenus durables et emploi pour personnes sans emploi (Commission)¹⁸⁹. Le Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail de la Commission examine les programmes les plus prometteurs en matière d'emploi pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale qui désirent entrer sur le marché du travail. Le comité est aussi à élaborer une proposition de modèle législatif en matière de prestations d'invalidité.

PRIORITÉ 3.5

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 3.5.1 Accroître la disponibilité de logements sûrs, stables et abordables avec des services complémentaires pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.
- 3.5.2 Faire une plus grande place à des approches comme celles qui misent sur la priorité au logement (*Housing First*) pour les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.
- 3.5.3 Fournir une aide accrue aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale afin qu'elles puissent poursuivre des études et obtenir un emploi.
- 3.5.4 Rendre les programmes de prestations d'invalidité plus flexibles de façon à mieux répondre aux besoins individuels des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et à éliminer les obstacles financiers qui découragent ces personnes de retourner au travail ou aux études.
- 3.5.5 Améliorer l'appui financier aux aidants, accroître l'accès à des services de répit et voir à ce que les politiques en milieu de travail soient plus flexibles.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4

Réduire les inégalités en ce qui a trait aux facteurs de risque et à l'accès aux services en santé mentale et mieux répondre aux besoins des diverses communautés ainsi qu'à ceux des communautés du Nord

Tous ceux qui vivent au Canada devraient pouvoir jouir du meilleur état de santé mentale et du meilleur bien-être possible. À l'heure actuelle, ce n'est pas le cas.

En deux mots, les gens qui ont, entre autres, des revenus plus élevés, une meilleure scolarité et des réseaux sociaux tissés plus serrés ont tendance à être en meilleure santé. Au Canada, et partout ailleurs dans le monde, on reconnaît de plus en plus qu'il faut s'attaquer aux inégalités pour améliorer les résultats en santé ainsi que sur le plan social, y compris dans le domaine de la santé mentale^{190,191}. Les ministres responsables de la santé et de la promotion de la santé au Canada ont reconnu qu'il y avait des inégalités à ce chapitre et ils ont pris l'engagement suivant : « lorsqu'il est possible d'agir sur [les disparités], nous collaborerons avec nos partenaires au sein et à l'extérieur des administrations publiques pour essayer de les réduire ou de les éliminer »¹⁹².

La présente orientation stratégique met l'accent sur les moyens à prendre pour mieux répondre aux besoins en santé mentale des personnes qui sont plus à risque de développer des troubles mentaux ou des maladies mentales ou qui éprouvent des disparités quant à l'accès à des programmes et à des services adéquats en santé mentale. Elle s'adresse aux personnes affectées en raison de leur statut socioéconomique, leur origine ethno-culturelle, leur sexe, leur orientation sexuelle ou leur appartenance à une population qui est victime de racisme ou d'autres formes de discrimination, ainsi qu'à des personnes qui ont immigré pour divers motifs, qui habitent en région nordique ou éloignée ou qui représentent une minorité linguistique officielle (francophone ou anglophone). L'orientation stratégique 5 abordera la situation en santé mentale au sein des Premières nations, des Inuits et des Métis ainsi que les répercussions des traumatismes intergénérationnels.

Lorsque l'on examine les facteurs communs au sein de groupes de personnes, il faut se rappeler que la santé mentale et le bien-être de chacun sont façonnés par les multiples facettes de sa vie. Nous sommes des individus complexes. Par exemple, les membres de la population immigrée n'ont pas tous les mêmes besoins en matière de santé mentale. Ceux-ci peuvent varier en fonction de facteurs tels que le sexe, l'âge, le revenu et les raisons ayant motivé leur émigration. Même chose pour les femmes qui ont des besoins différents en raison de leur âge, de leurs antécédents et de leurs revenus. Les handicaps physiques et autres, les différentes étapes de la vie et les croyances spirituelles ou religieuses sont d'autres facettes qui peuvent influencer de façon importante notre santé mentale et notre bien-être.

PRIORITÉ 4.1

Se fixer comme objectif d'améliorer la santé mentale dans le cadre des efforts visant à créer de meilleures conditions de vie et de meilleurs résultats en matière de santé.

La pauvreté, un logement inadéquat et l'incapacité de se trouver un emploi ou de s'instruire augmentent le risque de développer un trouble mental ou une maladie mentale. Les conditions dans lesquelles les gens se trouvent déterminent s'ils se sentent en sécurité et soutenus chez eux et dans leur communauté. Collectivement, on décrit ces facteurs comme les déterminants sociaux de la santé et ceux-ci ont un effet significatif sur la santé mentale. Il faudra travailler de façon soutenue pour réduire les disparités en ce qui concerne les répercussions de ces déterminants sur les perspectives d'avenir et les résultats en santé au sein de la population et pour changer les politiques sociales ainsi que celles en matière de santé.

Il y a un facteur qui se retrouve en toile de fond de toutes les discussions sur les risques de troubles mentaux, de troubles affectifs, de troubles du comportement et des comportements antisociaux : la pauvreté... Nous sommes persuadés que l'avenir de la nation, en ce qui a trait à la santé mentale, dépend essentiellement de la manière dont nous agissons pour contrer les séquelles de la pauvreté.

— *Conseil national de recherche et Institut médical des États-Unis*

Le Canada doit miser sur les approches qui ont du succès en ce qui concerne la réduction des inégalités dans les conditions de vie, notamment sur les programmes de lutte à la pauvreté en cours dans diverses régions du pays. Il s'agit d'efforts concertés réunissant les secteurs public et privé, de nombreux ministères ainsi que les organismes et associations auxquels on adhère à titre bénévole. On a ainsi mobilisé les leaders politiques et appuyé les actions entreprises par les communautés locales¹⁹³. Il est possible de renforcer encore davantage ces programmes en leur adjoignant un volet axé sur l'amélioration de la santé mentale.

Cependant, il se peut que des politiques visant à obtenir de meilleurs résultats et s'appliquant à un vaste public s'avèrent plus efficaces pour certains groupes. Par exemple, il y a lieu de croire que les femmes à faible revenu seraient moins nombreuses que les femmes ayant plus de moyens à profiter d'une initiative visant à améliorer la santé mentale au sein de la population féminine, ce qui aurait pour effet de creuser l'écart entre ces deux groupes. Les nouvelles politiques et les nouveaux programmes devraient toujours faire l'objet d'une évaluation dans une optique d'équité en santé afin que tout le monde puisse en profiter et que l'on réduise l'écart entre les gens mieux nantis et les plus pauvres¹⁹⁴.

On doit recueillir de meilleures données sur l'état de santé mentale de la population canadienne et sur les services qui répondent le mieux aux besoins particuliers des divers groupes démographiques. De façon générale, il y a très peu de données disponibles. Celles que nous avons ne traitent souvent que de grandes catégories (telles que l'ensemble de la population féminine ou les immigrants) sans offrir d'information détaillée qui pourrait appuyer la planification et la mise en place de services pour des sous-groupes tels que les jeunes réfugiés ou les aînés issus de la minorité linguistique francophone.

PRIORITÉ 4.1

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 4.1.1 Encourager les dirigeants gouvernementaux à prendre la direction d'une action concertée afin de réduire les disparités dans les conditions de vie tout en cherchant à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé mentale.
- 4.1.2 Dans une optique d'équité en santé, s'assurer que les politiques et les programmes nouvellement mis en place dans le domaine de la santé mentale réduisent les disparités, en même temps que l'on améliore la santé mentale dans l'ensemble de la population.
- 4.1.3 Améliorer la collecte de données et les recherches qui permettront de mieux comprendre les besoins en matière de santé mentale et les forces des divers groupes au sein de la population.

PRIORITÉ 4.2

Améliorer les services et les formes de soutien en santé mentale destinés aux immigrants, aux réfugiés et aux membres des groupes ethnoculturels ou racialisés.

Les immigrants, les réfugiés et les membres de groupes ethnoculturels ainsi que les personnes susceptibles d'être racialisées (par suite de suppositions fondées sur l'appartenance à une race) rencontrent des obstacles qui peuvent précariser leur santé mentale.

Ils ont souvent du mal à se trouver un emploi et à gagner leur vie ou à obtenir un endroit adéquat où loger. Par exemple, il est de plus en plus difficile pour les nouveaux arrivants de décrocher un emploi, surtout un emploi qui correspond à leur niveau de compétence et d'éducation^{195,196}.

Les membres de ces groupes doivent aussi surmonter d'importants obstacles lorsqu'ils cherchent à obtenir de l'aide^{197,198}. Trop de gens issus des communautés d'immigrants, de réfugiés, de groupes ethnoculturels ou racialisés qui composent une bonne partie de la population canadienne n'ont pas accès à des traitements, services et formes de soutien efficaces, adaptés à leur culture, à leur expérience et à leur compréhension grâce auxquels ils pourraient se sentir en sécurité. Selon leur origine, ces personnes peuvent avoir des valeurs et des traditions différentes qui déterminent leur approche à l'égard de la santé. Leur description des troubles mentaux et de la maladie mentale peut différer de celle généralement admise, ce qui présente un défi pour les pourvoyeurs de services.

Les organismes et les professionnels de la santé doivent être à l'écoute de ces différences et faire en sorte d'adapter en conséquence les traitements, services et formes de soutien afin de les rendre plus attrayants et plus efficaces. C'est ce que l'on appelle souvent la compétence culturelle ou la sécurité culturelle. Pour être efficaces, ces projets doivent non seulement tenir compte de la diversité culturelle, mais aussi reconnaître que les disparités sociales et l'inégalité des rapports de force ont des répercussions sur les rapports humains. Certains

Programme de formation en promotion de la santé mentale à l'intention des agents d'intégration, Toronto, Ontario

Journey to Promote Mental Health est un programme de formation qui tient compte de la diversité culturelle. Il est conçu pour sensibiliser les agents d'intégration aux enjeux de santé mentale que doivent affronter les nouveaux arrivants et de les rendre plus aptes à offrir un soutien efficace et à intervenir en temps opportun. Ce programme a été mis au point en 2008 à l'intention du personnel de première ligne par l'association Hong Fook Mental Health de Toronto en collaboration avec l'Ontario Council of Agencies Serving Immigrants (OCASI) sous l'égide de Citoyenneté et Immigration Canada. Trente formations de deux jours, auxquelles ont assisté environ 685 intervenants de première ligne provenant de 233 agences appartenant à l'OCASI, ont eu lieu entre octobre 2008 et novembre 2011. Des données recueillies avant et après les formations indiquent que les participants étaient plus habilités à reconnaître les signes avant-coureurs d'un trouble mental et les stratégies d'adaptation, de même que les déterminants sociaux qui nuisent à la santé mentale des immigrants. Ils ont aussi perfectionné leur connaissance du système de santé mentale et ont été moins enclins à se laisser envahir par les stéréotypes¹⁹⁹.

Enjeux et options pour l'amélioration des services santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés (Commission)²⁰⁰. Ce rapport, rédigé par le Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services de la Commission, formule seize recommandations pour améliorer la planification et la participation des communautés et pour offrir de meilleurs services aux immigrants, aux réfugiés et aux groupes ethnoculturels ou racialisés.

organismes professionnels en santé, tels que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont mis la compétence culturelle et la sécurité culturelle sur la liste des compétences essentielles pour leurs membres. On devrait encourager le plus grand nombre possible d'organismes à adopter une telle politique le plus rapidement possible^{201, 202}.

Si je vais voir un pourvoyeur de services qui ne parle pas ma langue et qui ne connaît pas ma culture, de prime abord je ne pourrai pas lui expliquer mon problème dans les mots que je voudrais utiliser.

– Participant à groupe de discussion dans le cadre d'un projet sur les immigrants, les réfugiés et les membres des groupes ethnoculturels ou racialisés

Environ 20 % de la population canadienne a une langue maternelle autre que le français ou l'anglais et 12 % parle une langue autre que le français ou l'anglais à la maison²⁰³. Il est nécessaire de donner de l'information et d'offrir des services et du soutien dans plusieurs langues. Il importe également d'évaluer dans quelle mesure le savoir traditionnel, les coutumes et les pratiques ancestrales pourraient aider les gens à se rétablir de troubles mentaux ou des maladies mentales. Lorsque ces coutumes et pratiques donnent de bons résultats, on devrait y recourir plus souvent.

Comme il est naturel de chercher de l'aide près de chez soi et auprès de personnes que l'on connaît quand on est aux prises avec un problème de santé mentale, il est essentiel que les organismes de la communauté offrant des services aux immigrants, aux réfugiés et aux groupes ethnoculturels et racialisés aient des liens avec les services et les formes de soutien dans le réseau général de santé mentale. Ces organismes doivent travailler en concertation avec le système de santé mentale et les autres systèmes et ils ont un rôle important à jouer pour évaluer les besoins et les forces des communautés qu'ils desservent en ce qui concerne la santé mentale et pour intervenir au niveau des priorités locales.

Centre de ressources multiculturelles en santé mentale (Commission)²⁰⁴. Conçu par le Comité consultatif sur les sciences de la Commission, ce site Internet propose des ressources afin d'améliorer la qualité et la disponibilité de services appropriés en santé mentale à l'intention de personnes d'origines culturelles et ethniques diverses, ce qui comprend les immigrants, les réfugiés et les membres de communautés ethnoculturelles établies.

Across Boundaries : Centre de santé mentale ethnoracial, Toronto, Ontario

Across Boundaries est un partenaire du projet Chez Soi à Toronto²⁰⁵. La recherche qui est menée sur le site du projet Chez Soi met l'accent sur l'expérience de personnes provenant de groupes racialisés qui sont itinérantes et ont des besoins en matière de santé mentale. Il vise à mieux comprendre l'impact du racisme et de la discrimination, les facteurs contribuant à la résilience et à la capacité de gérer ainsi que le rôle que jouent les familles dans le rétablissement. *Across Boundaries* offre des services de suivi intensif à 97 participants du projet, dont 87 vivent dans un logement qu'ils ont eux-mêmes choisi. Jusqu'ici, 20 participants ont été relogés une fois et 3 participants seulement ont été relogés plus d'une fois²⁰⁶. *Across Boundaries* utilise un cadre de lutte contre le racisme et l'oppression qui privilégie une approche holistique de la santé mentale. *Across Boundaries* travaille actuellement à identifier les éléments importants du cadre en vue de les intégrer à un outil qui pourrait être mis en œuvre par d'autres organismes.

PRIORITÉ 4.2

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 4.2.1 Accroître l'utilisation des normes en matière de compétence culturelle et de sécurité culturelle, notamment par le biais des organismes d'agrément et des associations professionnelles.
- 4.2.2 Donner de l'information et élargir l'accès aux services, traitements et formes de soutien en diverses langues.
- 4.2.3 Mieux évaluer dans quelle mesure le savoir traditionnel, les coutumes et les pratiques ancestrales peuvent aider à traiter les problèmes mentaux et les maladies mentales et favoriser le recours aux méthodes qui ont fait leurs preuves.
- 4.2.4 En concertation avec les services de santé mentale et les autres systèmes, appuyer les organismes de la communauté servant les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés dans leur démarche pour cerner les besoins et les forces des communautés qu'ils desservent et pour intervenir au niveau des priorités locales.
- 4.2.5 Élaborer et mettre en œuvre des plans en matière de santé mentale dans toutes les juridictions afin de répondre aux besoins des immigrants, des réfugiés et des membres des groupes ethnoculturels ou marginalisés en raison de la race, cela avec la pleine participation de ces communautés.

PRIORITÉ 4.3

S'attaquer aux difficultés pressantes en matière de santé mentale dans les communautés nordiques et éloignées.

C'est dans les régions nordiques et éloignées du pays que l'on doit composer avec les enjeux les plus grands et les plus complexes en matière de santé mentale, dont le surpeuplement des logements, le manque d'accès à de l'eau potable et à des denrées à prix abordable, un taux élevé de suicide et des maladies chroniques et contagieuses. De plus, il y a une constante pénurie et, dans certains cas, un manque total de services pour répondre aux besoins en santé mentale. Dans plusieurs endroits, on ne reçoit la visite d'un médecin qu'en de rares occasions au cours d'une année.

Pour s'attaquer aux enjeux complexes qui ont des répercussions sur l'état de santé mentale de la population dans les régions nordiques et éloignées, il faut que les divers gouvernements et organismes se concertent pour appliquer des solutions intersectorielles. Le niveau de financement doit également tenir compte des coûts plus élevés de la prestation des services et des contextes uniques dans les zones nordiques et éloignées. Il ne s'agit pas seulement de transposer dans ces régions des programmes mis au point dans les villes du sud en s'attendant à ce qu'ils soient tout aussi efficaces. Les communautés doivent avoir droit à des subventions et à des appuis financiers leur permettant de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs propres solutions destinées à répondre aux besoins de leur communauté en matière de santé mentale.

Programme de counselling en santé mentale et de traitement de la toxicomanie dans la communauté, Territoires du Nord-Ouest

Par l'entremise de ce programme, les régions de santé et de services sociaux offrent des services de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de soutien en cas de violence conjugale dans l'ensemble du territoire. Ces services incluent la prévention, le traitement et le suivi. Des superviseurs cliniques et des conseillers en santé mentale et en traitement de la toxicomanie dispensent des services de counselling thérapeutique tandis que des équipes de travail sur le mieux-être mental organisent des activités de prévention et de promotion dans la communauté. Un cadre de gestion du rendement a été mis en place. Un sondage indique que la grande majorité des usagers sont satisfaits ou très satisfaits du programme, qu'ils ont jugé le personnel apte à offrir des services adaptés à leur culture et qu'ils se sentaient plus en mesure de composer avec leurs problèmes de santé mentale après avoir reçu les services de counselling²⁰⁷.

Il y a pénurie chronique de professionnels en santé mentale dans les régions nordiques et éloignées. Les attirer et les encourager à s'installer pour longtemps en leur offrant un endroit où loger et d'autres incitatifs contribuerait à régler ce problème. Aussi, comme les personnes nées dans ces régions sont davantage susceptibles de s'y installer à long terme, on devrait mettre en place des programmes de formation qui prépareraient les étudiants de ces communautés à occuper des postes en santé mentale²⁰⁸.

Quand les régions nordiques et éloignées seront mieux desservies, les gens n'auront pas à se rendre aussi souvent à l'extérieur de leur communauté ou dans d'autres régions pour recevoir des services spécialisés. Cependant, on ne peut entièrement éviter les déplacements et il est nécessaire que les responsables locaux (y compris les pourvoyeurs et les aidants) communiquent mieux et coordonnent leurs efforts plus efficacement avec les pourvoyeurs dans les grands centres.

On a recours de plus en plus souvent à la télésanté mentale pour servir les régions nordiques et éloignées. D'autres méthodes utilisant Internet (cybersanté en santé mentale) offrent un potentiel important, notamment lorsqu'il s'agit de rejoindre les jeunes. Toutefois, pour faire un usage rentable de ces méthodes, il faut mettre en place une infrastructure adéquate et prévoir des ressources pour l'exploitation et le maintien de ces systèmes ainsi que pour offrir la formation et le soutien technique. En plus des honoraires versés aux spécialistes pour les consultations, les sommes investies dans les services de télésanté mentale à distance devraient servir à financer les appels conférences pour discuter d'un cas, l'éducation et d'autres programmes pour faciliter la prestation de soins de collaboration.

Programme de santé mentale en milieu rural, Yukon

Le *Rural Yukon Mental Health Program* offre des services en santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux ou une maladie mentale graves dans 14 petites communautés rurales réparties sur un très vaste territoire où les déplacements présentent des défis. Le programme allie des services ambulatoires offerts par un personnel infirmier spécialisé en santé mentale avec des initiatives locales de soutien. La télésanté sert de complément à ces services. Les réunions du personnel, le suivi clinique, la formation, l'éducation familiale, les rendez-vous avec un psychiatre consultant et même les séances de traitement en groupe ont lieu par vidéoconférence. Soixante-quinze pour cent du personnel infirmier, des médecins et des autres professionnels de la santé dans ces communautés rurales disent être en mesure de déterminer quand et comment diriger les participants vers une ressource pour que leur état soit évalué. Environ 75 % des personnes inscrites au programme participent activement à leur traitement et à leur rétablissement et la plupart des personnes ayant des problèmes concomitants de toxicomanie ont pris des mesures pour réduire leur consommation.

PRIORITÉ 4.3

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 4.3.1 S'efforcer d'éliminer les conditions qui minent la santé mentale, notamment les logements surpeuplés ou inadéquats et le manque d'accès à de l'eau potable et à des denrées à prix abordable.
- 4.3.2 Établir des modèles de financement qui tiennent compte des réalités inhérentes à la prestation de services dans les communautés nordiques et éloignées de façon à supprimer les carences dans le continuum de services, de traitements et de formes de soutien en santé mentale.
- 4.3.3 Offrir du logement et d'autres incitatifs qui attireront les pourvoyeurs de services en santé mentale dans les communautés nordiques et éloignées et qui les inciteront à y rester.
- 4.3.4 Enrichir les programmes de formation en santé mentale qui prépareront des personnes issues de communautés nordiques et éloignées à occuper des emplois au sein de ces mêmes communautés.
- 4.3.5 Appuyer les efforts des communautés nordiques et éloignées en vue de concevoir et de mettre en œuvre des programmes et des initiatives en santé mentale adaptés au contexte de ces régions.
- 4.3.6 Renforcer la coordination et la communication entre les petites communautés et les grands centres, ainsi qu'entre les réseaux de santé provinciaux et territoriaux, dans les cas où les usagers doivent se déplacer pour obtenir des services spécialisés.
- 4.3.7 Accroître le recours à la télésanté mentale ainsi qu'à la cybersanté mentale en mettant en place une infrastructure plus complète, en fournissant une formation et un soutien constant et en adoptant des formules de financement plus flexibles pour les services.

PRIORITÉ 4.4

Mieux répondre aux besoins des minorités de langues officielles (francophone et anglophone) en matière de santé mentale.

Les membres des minorités de langues officielles—les francophones hors Québec et la communauté anglophone vivant au Québec—peuvent être confrontés à de grands défis lorsqu'ils cherchent à obtenir des services dans leur langue maternelle. C'est particulièrement le cas pour les gens vivant dans de petites communautés.

En règle générale, il doit y avoir une bonne communication pour que les interactions entre les usagers et les pourvoyeurs de services, de traitements et de formes de soutien soient positives. S'il s'avère impossible pour une personne d'obtenir les services dans sa propre langue, les conséquences peuvent s'avérer néfastes car les malentendus peuvent être à l'origine des diagnostics erronés et de traitements inappropriés. L'incompréhension linguistique peut aussi empêcher qu'un usager soit dirigé vers des services de prévention et de suivi²⁰⁹.

En général, les membres des minorités de langues officielles donnent beaucoup d'importance au fait de pouvoir obtenir des services de santé dans leur langue. Quatre-vingts pour cent des adultes dont la langue principale est le français et qui vivent hors Québec accordent de l'importance au fait de recevoir des soins de santé en français, tandis que 87 % des adultes québécois dont la langue principale est l'anglais estiment important de pouvoir obtenir des services en anglais²¹⁰.

Il y a près d'un million de personnes d'expression francophone à l'extérieur du Québec, éparpillées dans neuf provinces et trois territoires²¹¹. Quarante pour cent d'entre elles estiment qu'il est difficile d'obtenir des soins de santé en français, habituellement parce qu'il n'y a pas de professionnels de la santé parlant cette langue²¹². Quand les gens vieillissent, il devient encore plus important de pouvoir s'exprimer dans leur langue première. De plus, les membres des communautés linguistiques minoritaires ont tendance à être plus âgés²¹³.

Il existe des écarts historiques entre les régions du pays en ce qui concerne la quantité de ressources humaines et institutionnelles qui sont disponibles pour les minorités de langues officielles, mais il est important de prendre des mesures pour assurer l'accès à des services, des traitements et des formes de soutien en santé mentale dans la langue maternelle des utilisateurs. On devrait favoriser l'accès à l'information ainsi qu'à des services, des traitements et des formes de soutien dans la langue première de la clientèle servie. Il faut aussi mettre en place des programmes pour identifier, recruter et garder des pourvoyeurs de services parlant la langue des communautés linguistiques minoritaires.

PRIORITÉ 4.4

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 4.4.1 Améliorer l'accès à l'information sur la santé mentale ainsi qu'aux services, traitements et formes de soutien pour les minorités de langues officielles.
- 4.4.2 Mettre en place des programmes pour identifier, former, recruter et garder des pourvoyeurs de service en santé mentale parlant la langue des communautés linguistiques minoritaires.

PRIORITÉ 4.5

Répondre aux besoins particuliers en matière de santé mentale qui sont liés au sexe et à l'orientation sexuelle.

Les troubles mentaux et les maladies mentales affectent les hommes et les femmes de façon différente et différemment selon l'étape de leur vie²¹⁴. Par exemple, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir d'anxiété et de dépression, notamment de dépression suivant la naissance d'un enfant²¹⁵. Les hommes ont davantage tendance à développer des troubles de schizophrénie à un plus jeune âge²¹⁶. Le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les jeunes filles et les femmes, mais les garçons et les hommes (particulièrement d'âge plus mûr) meurent plus souvent par suicide²¹⁷.

Comme le risque de présenter certains troubles mentaux et certaines maladies mentales varie en fonction du sexe d'une personne, il est nécessaire de tenir compte de ce facteur dans les activités de prévention et d'intervention précoce. Les principaux facteurs de risque pour les femmes sont souvent interreliés : elles assument davantage le rôle de proche-aidant, elles sont plus nombreuses à vivre dans la pauvreté et elles sont plus souvent victimes de violence conjugale et d'agressions²¹⁸. Il y a un lien entre les agressions sexuelles dans l'enfance et les troubles mentaux et les maladies mentales, tant chez les filles que chez les garçons, quoique les filles soient plus souvent victimes de telles agressions²¹⁹. Par ailleurs, les facteurs qui menacent la réussite personnelle, tels que la perte d'un emploi, ont un effet plus grand sur les hommes. Les hommes, moins enclins qu'ils sont à reconnaître qu'ils sont perturbés sur le plan affectif, croient qu'ils peuvent se débrouiller seuls et retardent le moment où ils demandent de l'aide. De plus, les hommes n'exhibent pas toujours des signes et des symptômes faciles à reconnaître par les pourvoyeurs de service²²⁰.

La stigmatisation et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle ont des répercussions sur l'état de santé mentale des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, bispirituelles, transgenres et transsexuelles (LGBT)²²¹. Les agressions sexuelles et physiques constituent aussi des facteurs de risque, tout comme l'est l'intimidation chez les jeunes²²². Les risques pour les jeunes LGBT peuvent être atténués lorsqu'ils peuvent compter sur l'appui de leur famille et sur des liens avec d'autres jeunes LGBT^{223, 224}. Les gens plus âgés peuvent être particulièrement réticents à chercher des services en santé mentale à cause de mauvaises expériences passées avec le réseau de services, notamment les préjugés, la discrimination et le manque de connaissances²²⁵.

Les stéréotypes de toutes sortes peuvent influencer la façon dont les personnes LGBT vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont traitées tant au sein du réseau de santé mentale que de la communauté LGBT. D'une part, les pourvoyeurs de services de santé mentale doivent faire attention de ne pas stéréotyper les personnes LGBT et de ne pas faire preuve de discrimination à leur endroit en raison de leur orientation sexuelle, en plus d'être conscients des effets de la discrimination et de la stigmatisation sur la santé mentale des personnes LGBT²²⁶. Les personnes qui fournissent les services, les traitements et le soutien en santé mentale à la communauté LGBT doivent maintenir une attitude positive et bien connaître les besoins des gens issus de ces communautés, tout en ne formulant pas d'hypothèses globales pouvant masquer les différences entre les individus auxquels ils donnent les services²²⁷.

D'autre part, les organismes desservant la communauté LGBT doivent chercher à mieux comprendre la stigmatisation et les autres enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale et être disposés à offrir du soutien²²⁸.

PRIORITÉ 4.5

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 4.5.1 Améliorer la compréhension des professionnels et du public en ce qui concerne les différences en santé mentale associées au fait d'être un homme ou une femme et à l'orientation sexuelle.
- 4.5.2 Donner des services en santé mentale tenant compte de la spécificité des sexes et des particularités des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres.
- 4.5.3 Intervenir pour réduire les facteurs de risque graves pour la santé mentale des femmes, notamment la pauvreté, le fardeau d'être proche-aidant et la violence conjugale.
- 4.5.4 Faire en sorte que les organisations au service de la communauté des LGBT soient mieux en mesure de s'attaquer à la stigmatisation liée à la maladie mentale et à travailler de concert avec les services locaux de santé mentale pour soutenir leur communauté.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5

Travailler avec les Premières nations, les Inuits et les Métis pour répondre aux besoins distincts de ces populations en matière de santé mentale en reconnaissant le caractère unique de leur situation, leurs droits et leur culture

Les cultures et la vision holistique du monde propres aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis ont beaucoup à apporter à la transformation du système de santé mentale au Canada. Les priorités mentionnées ci-après sont importantes pour toute personne vivant au Canada, tout comme les autres priorités et recommandations définies dans la stratégie s'appliquent aussi aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis.

Cette orientation stratégique comprend des volets particuliers aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Bien qu'il y ait certainement des similitudes dans chaque volet, cette approche respecte les différences importantes dans la culture et l'histoire de chaque communauté et de ses droits particuliers établis par voie de traités, de lois, d'ententes sur l'autonomie gouvernementale et d'autres moyens. Cette démarche respecte aussi l'appel à une relation de nation à nation qui a été lancé en 1996 par la Commission royale sur les peuples autochtones²²⁹.

Parallèlement, quelques priorités communes ont été définies par rapport aux besoins en santé mentale des personnes des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui vivent dans les milieux urbains et ruraux et qui concernent aussi plusieurs enjeux sociaux complexes qui ont un effet sur leur santé mentale, peu importe leur lieu de résidence. Les besoins particuliers des personnes vivant dans le nord et dans les communautés éloignées sont abordés dans la quatrième orientation stratégique.

Les priorités d'action ont été élaborées en tenant compte des avis, recueillis sur la base d'un dialogue continu, de l'Assemblée des Premières nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, le Congrès des Peuples Autochtones, l'Association des femmes autochtones du Canada et d'autres organismes tels que l'Association nationale des centres d'amitié. Les priorités dans cette section de la stratégie sont générales et ont pour objectif d'appuyer des priorités et une planification plus détaillée aux paliers national, régional et communautaire.

Cette orientation stratégique met l'accent sur les efforts continus déployés par les familles et les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis pour cicatrifier les effets intergénérationnels de la colonisation. Un vaste éventail de lois et de politiques visant l'assimilation a miné la santé mentale et le bien-être de ces communautés pendant plus de 200 ans. Par exemple, les pensionnats et les services de protection de l'enfance ont affecté la capacité des parents et des aînés à transmettre le rôle parental, la langue et d'autres connaissances culturelles appartenant au mode de vie traditionnel²³⁰. Chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, ces circonstances ont contribué à des taux élevés de troubles mentaux, de toxicomanies et de suicide, lesquels sont liés à des problèmes complexes tels que la violence familiale, les démêlés avec le système judiciaire et les services de protection de l'enfance.

Projet sur la sécurité culturelle (Commission)^{231,232}. Dirigé par le Comité consultatif des Premières nations, des Inuits et des Métis de la Commission, ce projet vise d'abord à améliorer la compréhension de la sécurité culturelle et des pratiques relationnelles, y compris des pratiques prometteuses et exemplaires dans le contexte canadien et à promouvoir un programme de formation sur la sécurité culturelle et la compétence culturelle avec un DVD à l'appui.

Pour aider la guérison des effets intergénérationnels de la colonisation, les personnes issues des Premières nations, des Inuits et des Métis—peu importe leur lieu de résidence—ont besoin de compter sur un continuum complet de services de santé mentale, de traitements et de formes de soutien sécuritaires sur le plan culturel, offerts en collaboration par les organisations usuelles du système de santé mentale et celles des Premières nations, des Inuits et des Métis. La sécurité culturelle est ancrée dans le savoir et l'expérience autochtones. Elle est fondée sur la reconnaissance de la diversité culturelle et de l'influence que les inégalités sociales et le déséquilibre dans les rapports de force exercent sur la relation entre les pourvoyeurs et les utilisateurs de services. Il faudra aussi que tous les paliers de gouvernement fournissent des efforts constants pour aborder des problèmes systémiques comme le racisme, la gouvernance et la pauvreté.

Même si le suicide n'est pas un phénomène généralisé dans toutes les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, il demeure néanmoins un enjeu important dans plusieurs de ces communautés partout au pays²³³. Le suicide chez les jeunes des Premières nations se produit environ cinq ou six fois plus souvent que chez les jeunes non autochtones. Les taux de suicide chez les Inuits sont parmi les plus élevés du monde : ils sont 11 fois plus élevés que la moyenne nationale. Chez les jeunes hommes inuits, les taux sont 28 fois plus élevés^{234, 235}. On en sait moins sur les taux de suicide chez les Métis.

Comme c'est le cas pour la population en général, il faut aborder ensemble les questions de santé mentale et de suicide, y compris au moyen de la promotion d'une bonne santé mentale pour tous, de la prévention des problèmes de santé mentale pour les personnes à risque, du repérage précoce des troubles mentaux ou des maladies mentales, de l'accès opportun aux services, traitements et formes de soutien et de la réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale. Les recommandations contenues dans cette orientation stratégique—complétées par celles de l'ensemble de la stratégie qui s'appliquent aussi aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis—contribueront à prévenir le suicide tout en aidant à réduire l'effet des troubles de santé mentale et des maladies mentales.

Cette stratégie, qui met fortement l'accent sur les enjeux de santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis, peut aider à sensibiliser le public canadien et contribuer au processus des délibérations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada qui sont en cours. La Commission de vérité et réconciliation du Canada a un mandat de cinq ans qui s'étend jusqu'en 2014 et qui comprend la collecte de déclarations venant de personnes affectées par les pensionnats, de même que l'organisation de rencontres nationales visant à promouvoir et encourager la réconciliation.

On observe un nouveau et puissant désir de tourner la page sur le passé, afin qu'il nous soit possible de bâtir un avenir plus solide et plus sain. Le processus de vérité et de réconciliation, qui s'inscrit dans une réponse holistique et globale aux séquelles des pensionnats indiens, est une indication et une reconnaissance sincères de l'injustice et des torts causés aux Autochtones, de même que du besoin de poursuivre la guérison. La révélation de nos expériences communes aidera à libérer nos esprits et à ouvrir la voie à la réconciliation.

— *Mandat de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*²³⁶

VOLET DES PREMIÈRES NATIONS—

PRIORITÉ 5.1

Établir un continuum coordonné de services de mieux-être mental (services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie) pour et par les Premières nations qui comprend des approches traditionnelles, culturelles et courantes.

Traditionnellement, le mode de vie des Premières nations trouvait ses assises dans les valeurs, la spiritualité, la culture et le lien avec la terre. Une société saine valorisait le rôle joué par chaque personne dans la communauté à tous les âges de la vie, y compris les femmes, les hommes et les personnes bispirituelles²³⁷. Les Premières nations ont un point de vue holistique de la santé et du bien-être basé sur l'équilibre de la santé spirituelle, mentale, émotionnelle et physique, de même que sur le bien-être social et économique²³⁸.

Les Premières nations envisagent la santé d'une manière holistique, les quatre composantes de la santé (la spiritualité, les émotions, le physique et le mental) n'étant pas des entités séparées. Elles font partie d'un tout. Lorsque tout le monde envisagera la santé de cette façon, nous obtiendrons de meilleurs résultats.

— *Infirmière des Premières nations*

Ce mode de vie a pratiquement été aboli durant le processus de colonisation et en raison de lois et de politiques visant l'assimilation. La fréquentation forcée des pensionnats et les sévices généralisés qui y ont eu lieu, de même que les arrestations et les adoptions largement répandues qui ont donné lieu à la « rafle des années soixante » ont façonné le paysage de la santé mentale d'une bonne partie des Premières nations²³⁹. Encore aujourd'hui, on estime que 5 % des enfants vivant dans une réserve sont pris en charge par le système de protection de la jeunesse, ce qui représente huit fois la proportion globale des enfants au Canada qui sont pris en charge²⁴⁰. L'effet de cette expérience au fil des générations a contribué à des taux élevés de toxicomanie et de problèmes de santé mentale, de suicide, d'incarcération et de violence familiale^{241, 242}. Plusieurs communautés des Premières nations sont aussi aux prises avec des taux élevés de pauvreté et un manque de logements adéquats, d'eau potable et de possibilités en matière d'éducation, d'emploi et d'économie, autant de facteurs qui minent la santé et le bien-être.

Programme de guérison fondé sur la terre, Première nation Kwanlin Dun, Yukon

Ce programme propose une méthode de guérison « fondée sur la terre » pour traiter les problèmes de toxicomanie, les traumatismes intergénérationnels, le deuil et d'autres problèmes relatifs à la santé mentale. Les expériences fondées sur la terre, la culture ainsi que les approches thérapeutiques et cérémoniales des autochtones s'ajoutent aux méthodes courantes dans le but de renforcer l'identité culturelle et l'identité personnelle en rétablissant le lien avec la terre, la famille et la communauté. Ce modèle comporte une période de préparation, un séjour sur le territoire qui peut durer jusqu'à quatre semaines, ainsi qu'une cérémonie célébrant la réintégration à la collectivité. Un suivi progressif est assuré à l'issue de la participation au programme. Les résultats d'évaluation de trois programmes pilotes s'adressant spécifiquement soit aux hommes, soit aux femmes ont été positifs. Les taux de rétention et de satisfaction des participants sont élevés. Les participants du programme ont constaté une amélioration de leur qualité de vie qui s'est traduite par un meilleur équilibre spirituel, mental, émotif et physique. Parmi les résultats du programme, mentionnons une diminution de la consommation à risque élevé de drogue et d'alcool, l'atténuation d'un éventail de symptômes d'anxiété et de dépression et l'amélioration des relations interpersonnelles²⁴³.

Pour être en mesure de changer la situation actuelle, les Premières nations reconnaissent qu'il faudra une guérison des effets du traumatisme historique. La communauté a établi des programmes nationaux, régionaux et communautaires qui cherchent à combler les lacunes et à réduire la fragmentation dans le continuum des services de mieux-être mental tout en reconnaissant qu'elle est la meilleure ressource pour elle-même, de sorte qu'elle fait appel au savoir traditionnel et culturel. Par exemple, le Programme de soutien en santé-résolution des questions des pensionnats indiens a permis de faire reconnaître le rôle des Aînés en tant qu'importants pourvoyeurs de services. Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) forme des équipes de travail en mieux-être mental qui intègrent des approches traditionnelles, culturelles et courantes.

Les recommandations de cette section reposent sur ces initiatives et correspondent aux priorités des communautés des Premières nations. Les actions vont pleinement dans le sens des objectifs élaborés dans le Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des Premières nations et des Inuits, qui a été élaboré pour aborder les problèmes à la fois de santé mentale et de toxicomanie au moyen de la collaboration entre les Premières nations, les Inuits et les représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux²⁴⁴.

Les Premières nations doivent encore affronter plusieurs défis pour avoir accès en temps opportun à des services de mieux-être mental appropriés, en particulier dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Les communautés des Premières nations qui ont les ressources nécessaires pour offrir des services ont souvent de la difficulté à recruter et à retenir des pourvoyeurs de services qualifiés²⁴⁵. Il faut mieux soutenir les pourvoyeurs de services actuels et futurs des Premières nations pour renforcer la prestation des services à long terme. Parallèlement, on doit former tous les pourvoyeurs de services en vue d'une pratique qui est culturellement sécuritaire et efficace.

Collectivement, les Premières nations poursuivent leur quête d'autodétermination et continuent de renforcer leurs relations avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Dans le cadre de ce processus, les Premières nations réclament depuis longtemps de meilleurs services en mieux-être mental, mais les progrès sont lents à venir. Pour en arriver à des changements plus significatifs, il faut établir un continuum de services coordonné entre toutes les administrations.

PRIORITÉ 5.1

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 5.1.1 Réduire les lacunes critiques qui existent dans le continuum de services, de traitements et de soutien offert aux Premières nations en matière de mieux-être mental englobant les approches traditionnelles, culturelles et courantes.
- 5.1.2 Diffuser et partager le savoir sur les approches traditionnelles, culturelles et courantes qui sont les plus aptes à promouvoir le mieux-être mental, comme les équipes de travail en mieux-être mental et la reconnaissance du rôle des Aînés.
- 5.1.3 Soutenir les communautés et reconnaître qu'elles sont les meilleures ressources pour elles-mêmes en développant leurs ressources pour améliorer le mieux-être mental.
- 5.1.4 Accroître les connaissances, les compétences, le recrutement et la rétention de l'ensemble des pourvoyeurs de services capables d'assurer les services, les traitements et les formes de soutien efficaces et culturellement sécuritaires visant le mieux-être mental des Premières nations.
- 5.1.5 Renforcer la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et des Premières nations, afin d'améliorer les politiques, programmes et services en matière de mieux-être mental.

VOLET DES INUITS—

PRIORITÉ 5.2

Établir un continuum coordonné de services de santé mentale (services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie) pour et par les Inuits qui comprend des approches traditionnelles, culturelles et cliniques.

Pour les Inuits, la santé mentale, c'est « l'estime de soi et la dignité personnelle découlant de la présence de l'harmonie physique, émotionnelle, mentale, du mieux-être spirituel et de l'identité culturelle »²⁴⁶. Tirant leur subsistance de la terre, les Inuits ont appris à travailler ensemble pour survivre. Cette réalité a façonné leur vision du monde, laquelle est axée sur les forces. Le mieux-être mental chez les Inuits doit être abordé par le biais d'approches puisant dans les acquis culturels de manière à promouvoir le bien-être et la résilience ainsi que des communautés qui sont en santé, productives et viables.

Les recommandations de cette section reflètent les réalités que rencontrent les Inuits au quotidien et les besoins de leurs communautés. Elles s'inspirent du plan d'action en mieux-être mental Alianait qui a été élaboré pour aborder les problèmes à la fois de santé mentale et de toxicomanie au moyen de la collaboration entre les Inuits et les agents des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

L'expérience de la colonisation des Inuits et de leur contact avec les Européens est relativement récente dans l'histoire du Canada. De nombreux Inuits aujourd'hui adultes ont grandi en passant toute l'année sur la terre, jusqu'à ce que leur famille commence à miser davantage sur le commerce ou soit forcée de s'installer ailleurs²⁴⁷. Les Inuits ont résidé dans des pensionnats structurés comme des écoles de jour et les enfants étaient logés dans des résidences ou des foyers, placés en pension dans des familles ou envoyés dans le Sud. Les enfants inuits ont subi des sévices ainsi que la perte de leur culture et de leur langue²⁴⁸. On note d'autres expériences traumatisantes dont la délocalisation forcée des communautés, la famine, les maladies et le massacre des chiens de traîneau. Il en découle que la culture, la langue et le mode de vie ont été perturbés, avec des conséquences dramatiques et négatives sur la santé mentale et le bien-être. Plusieurs Inuits continuent de vivre aujourd'hui selon le mode de vie traditionnel et parlent encore une langue traditionnelle, mais connaissent aussi des taux élevés de suicide, de toxicomanie, d'abus sexuels, de violence et de dépression²⁴⁹.

Il faudra au moins plusieurs générations pour régler un problème qui aura mis plusieurs générations à se développer. Il faudra que les ressources soient en place assez longtemps pour soutenir les programmes de santé mentale et de bien-être dont nous avons besoin.

— Participant inuit à une séance de réflexion au Nunavut

Pour les Inuits, la question des déterminants sociaux de la santé doit être abordée en priorité puisque les communautés se trouvent confrontées au chômage de masse, à une faible scolarité et aux conditions de logement inadéquates en raison du surpeuplement. Il y a aussi plusieurs enjeux liés à la sécurité alimentaire : autrement dit, les communautés doivent avoir accès à une quantité suffisante de nourriture saine. Ces enjeux comprennent le coût élevé des denrées, les effets du changement climatique et les contaminants dans l'approvisionnement alimentaire²⁵⁰.

Les Inuits adoptent une approche holistique de mieux-être mental qui puise dans les pratiques traditionnelles et culturelles, appuyées par des approches cliniques. Les approches traditionnelles et culturelles mettent l'accent sur la promotion du bien-être, faisant appel à l'entraide et aux forces de la communauté et amenant les personnes sur le territoire pour apprendre le mode de vie traditionnel des Inuits.

Quant aux approches cliniques, il y a un manque de services de base en matière de santé mentale, forçant ainsi un grand nombre d'Inuits à se déplacer à l'extérieur de leur communauté. Le taux élevé de roulement du personnel et les programmes aux ressources insuffisantes sont des problèmes persistants qui demandent des solutions. De plus, il faut qu'un plus grand nombre d'Inuits aient accès à l'éducation et à la formation en matière de santé mentale pour développer les compétences au sein de la population et offrir les services dans les langues inuites. Les travailleurs de la santé mentale qui ne sont pas Inuits ont besoin de formation en matière de compétence et de sécurité culturelles afin de pouvoir assurer la prestation des services dans le respect et la compréhension de la culture inuite. Cette formation devrait favoriser la compréhension des effets intergénérationnels de la colonisation et reconnaître le déséquilibre des rapports de force qui peut s'installer dans la relation d'aide.

Les priorités d'action exposées dans cette stratégie mettent l'accent sur l'appui aux Inuits pour qu'ils réalisent, en collaboration avec des partenaires clés, les objectifs de santé mentale qu'ils ont définis.

Centre de ressources familiales d'Ilisaqsivik, Clyde River, Nunavut

Ce centre innovateur est voué à la guérison des familles et offre un éventail de programmes pour tous les âges²⁵¹. Des 820 personnes qui vivent à Clyde River, une centaine reçoit chaque mois des services de counselling offerts par des aînés ainsi que la visite de conseillers spécialisés auprès des familles, des jeunes et des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Plus de 40 jeunes ont participé à un programme de danse hip hop qui aide à réduire l'automutilation, la consommation de cigarette et de marijuana, le taux de criminalité et les idées suicidaires. Le centre offre également des programmes « fondés sur la terre » qui allient méthodes occidentales et méthodes traditionnelles dans le but de permettre aux participants de faire l'expérience des modes de vie traditionnels et de les aider à poursuivre leur cheminement dans le processus de guérison. Ilisaqsivik a aussi mis au point un programme de formation en counselling d'une durée de deux ans qui est conçu pour refléter les traditions et le mode de vie dans le Nord. Jusqu'ici, 25 étudiants ont terminé le programme avec succès et la majorité d'entre eux travaillent dans les communautés du Nord.

PRIORITÉ 5.2

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 5.2.1 Réduire les lacunes critiques qui existent dans le continuum de services, de traitements et de soutien offert aux Inuits en matière de mieux-être mental englobant les approches traditionnelles, culturelles et cliniques.
- 5.2.2 Appuyer les Inuits pour qu'ils puissent répondre à leurs besoins en matière de santé mentale, en faisant appel au savoir et aux forces de leurs communautés.
- 5.2.3 Assurer le financement et le soutien adéquats et constants pour former une main-d'œuvre en santé mentale et renforcer le recrutement et la rétention des travailleurs en santé mentale.
- 5.2.4 Accroître la disponibilité des données en ce qui a trait à la santé mentale, à la recherche, à l'information, aux connaissances et à la formation particulières aux Inuits.
- 5.2.5 Transformer les services de santé mentale au moyen de partenariats forts avec le gouvernement, les organismes non gouvernementaux, les fondations et le secteur privé.

VOLET DES MÉTIS—

PRIORITÉ 5.3

Renforcer la capacité des Métis à améliorer la santé mentale et à accroître l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie au moyen de processus de participation et de recherche efficaces, inclusifs et équitables.

La santé mentale des Métis est liée à leur culture, à leur histoire, à leurs droits et aux circonstances qui les affectent, autant d'éléments distincts et uniques qui ne sont pas très bien compris au Canada. Les Métis sont les descendants de commerçants de fourrures européens et de femmes indiennes. Des communautés métisses distinctes, qui se sont établies tout le long des routes servant au commerce des fourrures et partout dans le Nord-Ouest, continuent d'exister aujourd'hui. Avant même que le Canada ne devienne un pays en 1867, la culture métisse a émergé avec ses propres traditions, une langue (le mitchif), un mode de vie, une conscience collective et un sentiment national. Selon le recensement de 2006, près de 400 000 personnes se sont déclarées Métis, dont environ 90 % vivent au « pays des Métis » (l'Ouest canadien et l'Ontario)²⁵².

Le savoir environnemental traditionnel des Métis s'est développé à partir des pratiques communautaires et s'est transformé en une vision du monde holistique unique aux Métis qui intègre des valeurs et des croyances spirituelles distinctes. Les Métis envisagent l'environnement comme un ensemble de relations sacrées qui unissent des choses telles la langue, la tradition et la terre afin de promouvoir la santé communautaire, spirituelle, physique, intellectuelle et émotionnelle²⁵³.

Pendant des générations, les Métis ont eu tendance à ne pas reconnaître ouvertement leur ascendance métisse. Les contrecoups de l'insurrection des Métis et de l'exécution de Louis Riel en 1885, l'absence de droits territoriaux des Métis et les expériences malheureuses vécues par plusieurs enfants métis (même encore à ce jour) tant dans les pensionnats que dans le système scolaire conventionnel ont été autant de raisons de nier l'ascendance²⁵⁴.

Programme SASH, service d'approche auprès des jeunes, Winnipeg, Manitoba

Le programme *SASH* vise à répondre aux besoins des jeunes métis à risque qui font l'objet d'exploitation sexuelle, font partie d'un « gang », ont des problèmes de toxicomanie, sont victimes de violence ou ont un comportement violent. Offert par les Services métis à l'enfance, à la famille et à la communauté, ce programme réintègre les jeunes dans un environnement sécuritaire. Les intervenants utilisent une approche sans critique et respectueuse de la culture pour mettre au point des plans favorisant la sécurité des jeunes. Ces plans sont élaborés avec les jeunes, leur famille et les membres de la communauté conformément à trois étapes : sécurité, stabilisation et prévention. L'un des aspects importants de ce programme est qu'il met les jeunes en lien avec d'autres ressources dans la communauté, notamment avec des services en santé mentale et des programmes de soutien. Grâce à son approche particulière, plusieurs jeunes se sont stabilisés et, dans certains cas, ont quitté la rue ou ont été dirigés vers des programmes appropriés dans la communauté. Au cours de l'exercice financier 2010-2011, le programme a offert des services et du soutien à 41 jeunes à risque²⁵⁵.

Ce n'est qu'en 1982 que le gouvernement fédéral a reconnu les Métis comme l'un des trois groupes autochtones distincts dans la Constitution²⁵⁶. Néanmoins, les Métis n'ont qu'un accès limité à des programmes financés par le gouvernement fédéral en matière de santé mentale et de toxicomanie. Ils continuent de dépendre en grande partie des administrations territoriales et provinciales où l'on trouve, à divers degrés, des programmes et des services destinés exclusivement aux Métis. Les lacunes dans l'accès à des services destinés exclusivement aux Métis représentent un défi particulier pour les groupes vulnérables comme les enfants en milieu de garde et les femmes métisses exposées à la violence.

Il faut que nos partenaires connaissent et comprennent la culture métisse afin que nous ayons l'assurance qu'ils servent convenablement notre peuple.

– Comité sur la santé du Conseil national des Métis

Il faudra plus de recherche sur l'effet intergénérationnel de la colonisation et ses répercussions sur les besoins en matière de santé mentale des Métis aujourd'hui. Ce que l'on sait, c'est que les Métis sont exposés à plusieurs facteurs de risque de troubles mentaux et de maladies mentales tels que les logements non adéquats, la toxicomanie, la violence conjugale, les démêlés avec le système de justice pénale et la prise en charge des enfants par le système²⁵⁷.

Les Métis sont demeurés forts et résilients. De plus en plus, les tribunaux canadiens ont reconnu les droits des Métis et ces derniers ont joué un plus grand rôle dans les services de santé et les services sociaux et dans les négociations intergouvernementales²⁵⁸. Parallèlement, plusieurs Métis renouent avec leur culture, leurs traditions et leur histoire et ils travaillent ensemble afin d'améliorer leur santé et leur bien-être. En conséquence, les priorités définies dans cette stratégie mettent l'accent sur une meilleure compréhension des besoins des Métis en matière de santé mentale pour pouvoir mieux y répondre.

PRIORITÉ 5.3

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 5.3.1 Consulter les Métis et assurer leur participation pour développer une stratégie en matière de santé mentale et de lutte à la toxicomanie qui leur est propre.
- 5.3.2 Renforcer le savoir métis au moyen de la recherche afin de comprendre pleinement les effets intergénérationnels de la colonisation et les besoins actuels en matière de santé mentale des Métis.
- 5.3.3 Accroître et maintenir les ressources humaines en santé mentale pour les Métis.
- 5.3.4 Améliorer l'accès des Métis à un continuum complet de services en santé mentale, de traitements et de formes de soutien compétents et sécuritaires sur le plan culturel.
- 5.3.5 Développer et renforcer les relations de collaboration à tous les niveaux des gouvernements afin de faire avancer et d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Métis.

PRIORITÉ 5.4

Renforcer les interventions qui visent les enjeux de santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis dans les milieux urbains et ruraux et les enjeux sociaux complexes qui ont des répercussions sur la santé mentale.

Les recommandations contenues dans les trois volets distincts de cette orientation stratégique concernent les Premières nations, les Inuits et les Métis, peu importe leur lieu de résidence. D'autres enjeux doivent aussi être abordés. Les enjeux uniques de santé mentale auxquels doivent répondre les personnes vivant dans le Nord et dans les communautés éloignées (y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis) ont été abordés dans la quatrième orientation stratégique. La priorité 5.4 met l'accent sur les défis particuliers en matière de santé mentale que doivent surmonter les personnes des Premières nations, les Inuits et les Métis dans les milieux urbains et ruraux de même que sur plusieurs enjeux sociaux complexes qui requièrent une attention particulière.

Le recensement le plus récent démontre que 50 % des personnes issues des Premières nations et des communautés inuites et métisses vivent dans des centres urbains et ruraux et visitent fréquemment leur communauté d'origine (en règle générale, ces communautés comprennent les réserves des Premières nations, des communautés inuites éloignées et des communautés métisses plus petites)²⁵⁹. Dans les plus grandes villes et municipalités, il y a un fort sentiment d'appartenance à la communauté qui fait en sorte que les personnes des Premières nations, les Inuits et les Métis se regroupent, que ce soit collectivement ou au sein de leur propre groupe culturel.

Les raisons qui poussent une personne à se déplacer d'une petite communauté à un plus grand centre urbain sont bien connues des Canadiens qui ont fait le même choix : de meilleures perspectives économiques et un plus large accès à l'emploi, une plus grande disponibilité des services, notamment dans le domaine de la santé, l'attrait d'un mode de vie urbain et, dans certains cas, l'occasion de quitter une situation difficile. Pour plusieurs personnes, ce choix mène à l'amélioration de facteurs clés de protection de la santé mentale, comme un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi²⁶⁰. Malheureusement, bon nombre de personnes des Premières nations, d'Inuits et de Métis habitant dans les centres urbains et ruraux continuent de vivre dans la pauvreté, en particulier les femmes monoparentales²⁶¹.

La santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis en milieux urbains et ruraux a aussi été perturbée par le processus de colonisation et les traumatismes intergénérationnels. Même dans les plus grands centres urbains, il y a des problèmes d'accès aux services, comme de longues listes d'attente, des problèmes occasionnés par le transport de même que la méconnaissance et le manque de compréhension des différences culturelles entre les pourvoyeurs de services et les usagers.

Il importe d'élargir l'accès à un continuum complet de services de santé mentale, de traitements et de formes de soutien. Les services doivent être culturellement sécuritaires et l'on devrait encourager les personnes des Premières nations, les Inuits et les Métis vivant en milieu urbain à poursuivre une carrière en santé mentale. Il faut davantage fournir de services par le biais des systèmes usuels et de ceux des Premières nations, des Inuits et des Métis, lesquels manquent souvent de ressources. En particulier, il faut offrir davantage de services spécialisés qui intègrent des approches traditionnelles, culturelles et courantes et qui peuvent aborder des enjeux complexes.

Il faut poursuivre les recherches pour approfondir notre compréhension des enjeux de santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis dans les centres urbains et ruraux et pour orienter une stratégie en matière de santé mentale et de toxicomanie propre à ces milieux. Des relations plus solides avec tous les paliers gouvernementaux sont aussi nécessaires pour accroître la capacité du système et en améliorer l'accès.

Peu importe où elles habitent—dans des centres urbains ou ruraux, des réserves des Premières nations, des communautés inuites éloignées ou de plus petites communautés métisses—les personnes des Premières nations, les Inuits et les Métis doivent composer avec des enjeux sociaux importants et complexes qui ont des répercussions sur leur santé mentale et leur bien-être. Des enjeux prioritaires sont abordés ici : la violence à l'endroit des femmes et des jeunes filles ainsi que la surreprésentation au sein des services d'aide à l'enfance et des systèmes judiciaires. Les efforts pour s'attaquer à ces enjeux doivent être coordonnés à ceux de tous les paliers gouvernementaux pour appuyer la guérison des traumatismes intergénérationnels et pour aborder des déterminants sociaux qui influencent la santé, comme la pauvreté et le logement inadéquat.

Tant les hommes que les femmes ont été touchés par la violence, dont les sévices physiques et les abus sexuels vécus dans les pensionnats. Les données statistiques relatives aux femmes et aux filles des Premières nations, des Inuits et des Métis sont particulièrement alarmantes, car elles font état de taux élevés de violence extrême mettant la vie en danger, de harcèlement criminel et d'homicides. Dans certaines communautés, le taux de femmes victimes de violence atteint les 90 %²⁶². La violence est causée par des facteurs à la fois nombreux et systémiques : pauvreté, racisme, discrimination, effets intergénérationnels de la colonisation et des pensionnats et des démêlés plus fréquents avec les services de protection de l'enfance et les systèmes judiciaires²⁶³. Les services et les formes d'appui doivent mettre l'accent sur la guérison des communautés et des familles (y compris la guérison tant des hommes que des femmes) et promouvoir un avenir meilleur pour la prochaine génération.

Selon les évaluations, 30 à 40 % des enfants hébergés en foyer d'accueil au Canada sont des Autochtones. Néanmoins, ces enfants constituent moins de 5 % de toute la population des enfants au Canada²⁶⁴.

Il faudra procéder à une vaste réforme des politiques pour aborder la question de la surreprésentation des enfants et des adolescents issus des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis dans les services de protection de l'enfance. Les personnes des Premières nations et des communautés inuites et métis doivent être en mesure de participer aux processus qui visent leurs enfants. La sécurité culturelle des services doit être assurée et les approches concernant le bien-être de l'enfant propres aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis, fondées sur le respect de la langue et de la culture, doivent être intégrées dans tous les aspects du système de protection de l'enfance, y compris la prévention, l'intervention précoce et le soutien aux familles en crise. Les familles des Premières nations, des Inuits et des Métis qui adoptent un enfant ou lui offrent un foyer d'accueil doivent être complètement soutenues. On doit permettre à l'enfant d'avoir accès aux activités culturelles, aux enseignements traditionnels et à la famille élargie, peu importe qu'il soit en foyer d'accueil ou adopté.

Le nombre de femmes autochtones incarcérées dans des institutions de compétence fédérale a augmenté de manière constante, passant de 84 en 1999-2000 à 157 en 2008-2009, une augmentation de 86,9 % au cours des dix dernières années. Chez les hommes autochtones, on note une augmentation de 17,4 % au cours de la même période, passant de 2 095 à 2 460. En 2008-2009, les contrevenants autochtones représentaient 17,2 % de tous les contrevenants du système de justice fédérale alors que les adultes autochtones représentent 4,0 % de la population canadienne²⁶⁵.

La surreprésentation au sein du système de justice est un autre défi des Premières nations, des Inuits et des Métis, peu importe leur lieu de résidence. Les contrevenants des Premières nations, des Inuits et des Métis ont tendance à être plus jeunes, à avoir des problèmes de santé (y compris des troubles mentaux), d'être affiliés à un gang et d'être condamnés à plusieurs reprises²⁶⁶. Même si des efforts ont été déployés pour que le système de justice soit plus à l'écoute des besoins en matière de santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis, des améliorations doivent encore être apportées pour améliorer l'accès aux programmes de déjudiciarisation, aux services de santé mentale dans les centres correctionnels et le soutien à la réinsertion sociale. Il faut aussi mettre l'accent sur la promotion de la santé mentale et sur les programmes de prévention des maladies mentales chez les jeunes pour favoriser la résilience et le rétablissement et pour éviter qu'ils ne soient aux prises avec le système de justice dès le départ.

PRIORITÉ 5.4

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 5.4.1 Élaborer une stratégie en matière de santé mentale et de toxicomanie propre aux personnes des Premières nations, aux Inuits et aux Métis vivant dans les centres urbains et ruraux.
- 5.4.2 Faciliter l'accès à un continuum complet de services de santé mentale, de traitements et de formes de soutien pour et par les Premières nations, les Inuits et les Métis dans les milieux urbains et ruraux.
- 5.4.3 Lancer une action concertée entre tous les paliers gouvernementaux pour aborder des enjeux sociaux complexes qui minent la santé mentale des personnes des Premières nations, des Inuits et des Métis, comme la violence à l'endroit des femmes et la surreprésentation au sein des services de protection de l'enfance et des systèmes de justice pénale, peu importe où ces personnes résident.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 6

Mobiliser le leadership, améliorer les connaissances et favoriser la collaboration à tous les niveaux

Il faudra du temps pour réaliser les objectifs définis dans *Changer les orientations, changer des vies*. Cependant, l'élan en faveur du changement a pris de l'ampleur au cours de la dernière décennie et il n'y a jamais eu une conjoncture aussi favorable à ce que tous ceux qui sont impliqués coordonnent leurs efforts afin de transformer le système de santé mentale et d'assurer une meilleure santé mentale pour l'ensemble de la population canadienne.

Ces dernières années, on constate une remontée remarquable de l'attention portée aux questions de santé mentale par les médias, les gouvernements et le public partout au Canada. Dans son rapport sur la santé mentale intitulé *De l'ombre à la lumière*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a mis en lumière l'urgent besoin d'une réforme des systèmes de santé mentale à la grandeur du pays, ce qui a amené le gouvernement fédéral à créer la Commission de la santé mentale du Canada. Parallèlement au travail de la Commission, la plupart des administrations provinciales et territoriales ont entrepris de se doter de leurs propres plans et stratégies en matière de santé mentale.

Plusieurs ont déjà joué un rôle de chef de file et un tel leadership sera nécessaire à tous les niveaux pour conserver cet élan.

Comme cela se fait de plus en plus ailleurs dans le monde, les gouvernements au pays doivent favoriser une approche interministérielle afin de coordonner les politiques et les pratiques dans toute la gamme des domaines liés à la santé mentale, ce qui comprend la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, ainsi que l'amélioration des services, des traitements et des formes de soutien^{267,268}. Dans plusieurs provinces et territoires, on a appliqué avec succès de telles approches interministérielles, et même des approches intégrées de systèmes qui encouragent la participation des organismes bénévoles et du secteur privé dans des domaines tels que la lutte à la pauvreté et les programmes de promotion de la santé des enfants et de la sécurité des communautés^{269,270,271}.

L'organisation et la prestation des services de santé relèvent en grande partie des provinces et des territoires, mais le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans plusieurs domaines et des programmes pan-canadiens pourraient contribuer à améliorer les résultats en santé mentale dans toutes les régions du pays. On pourrait accomplir des progrès en facilitant la collecte de données, en augmentant les activités de recherche et en faisant un meilleur partage des connaissances en ce qui a trait aux moyens les plus efficaces pour promouvoir le rétablissement et le bien-être au sein de l'ensemble de la population. Il est important de jauger ces progrès à l'échelle nationale, ce qui exigera la mise en place d'indicateurs et de mesures.

Aussi, il sera nécessaire d'élaborer des lignes directrices et des normes pour faire en sorte que le savoir se traduise plus souvent en pratique et que la qualité s'améliore. Une meilleure planification reste l'un des éléments critiques du changement en vue de combler la pénurie actuelle de ressources humaines en santé mentale et d'aider la main-d'œuvre en santé mentale à composer avec les nouvelles exigences.

Dans plusieurs pays, on a constaté que le fait de confier un rôle de chef de file aux personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale et à leurs proches est un aspect crucial de la réforme des systèmes de santé mentale. On doit être plus conscient de l'importance du rôle qu'ils peuvent exercer et leur permettre de le faire plus souvent. Pour y arriver, il faudra investir dans la formation sur le leadership et le développement organisationnel à l'intention de ces personnes, aux niveaux local, régional et national.

PRIORITÉ 6.1

Coordonner les politiques en matière de santé mentale entre les gouvernements et entre les divers secteurs.

La santé mentale et la maladie mentale représentent beaucoup plus qu'un simple problème de santé ou un défi à relever pour les personnes affectées. Les questions liées à la santé et à la maladie mentale nous touchent tous différemment et elles ont une incidence sur plusieurs aspects des activités des gouvernements et du secteur privé. En élaborant des politiques et des pratiques dans toute une gamme de domaines, notamment les services aux enfants et à la jeunesse, le logement, les prestations sociales, l'administration de la justice pénale et la santé et la sécurité au travail, on doit faire appel aux moyens jugés les plus efficaces pour assurer la santé mentale de la population. Ce devrait être une préoccupation quotidienne que de travailler à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie mentale dans tous les secteurs de la société.

La responsabilité pour ces nombreux programmes, services et formes de soutien repose sur divers ministères et agences gouvernementales dont les efforts sont trop rarement coordonnés. Cependant, on trouve au pays et à l'étranger de nombreux exemples de concertation réussie entre des ministères et des agences qui ont éliminé le travail en silos. On pourrait coordonner la planification et la prestation des services en nommant une autorité qui aurait pour mandat d'assurer cette coordination entre les ministères ou de nommer un ministère comme organisme dirigeant. S'il est possible que l'approche diffère d'une administration à l'autre, l'expérience a toutefois montré que cette direction doit être assurée par de hauts dirigeants au sein du gouvernement²⁷².

Approche interministérielle relative à Enfants en santé, Manitoba

La stratégie *Enfant en santé* Manitoba (ESM), mise en place en 2000 par le premier ministre et placée sous la direction du Comité ministériel pour Enfants en santé, vise à améliorer les résultats relatifs à la santé des enfants de toute la province par la coordination et l'intégration de politiques et de programmes dans l'ensemble des ministères²⁷³. ESM comporte des programmes de renom international s'adressant aux parents et aux enfants qui ont fait la preuve qu'ils pouvaient améliorer à long terme les résultats de santé. Parmi ces programmes mentionnons les visites à domicile du personnel infirmier, le *Programme de pratiques parentales positives Triple P*, *Racines de l'empathie* et le *jeu de la bonne conduite PAX*^{274, 275, 276}. D'après une étude entreprise dans le cadre d'ESM, la mise en œuvre du programme *Racines de l'empathie* au Manitoba a donné des résultats prometteurs dans la mesure où il a entraîné une diminution des comportements violents chez les enfants²⁷⁷. ESM recueille également des données sur le développement durant la petite enfance pour aider son réseau de Coalitions axées sur les parents et les enfants à mener à bien des initiatives locales dans la communauté. La loi exige qu'un rapport sur les enfants et les jeunes du Manitoba soit réalisé tous les cinq ans.

Certains secteurs exigent aussi une meilleure collaboration entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales. Conformément à leurs droits et responsabilités, les dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis doivent être interpellés par les plus hautes sphères de l'administration fédérale et des gouvernements provinciaux et territoriaux. La création d'un tel forum s'impose étant donné les questions complexes de compétences et de gouvernance qui ont un effet significatif sur les politiques, programmes et résultats en matière de santé mentale pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Le gouvernement fédéral exerce aussi un grand rôle pour répondre aux besoins des vétérans, des forces armées, de la Gendarmerie royale du Canada, des nouveaux immigrants et des réfugiés et certaines questions concernant ces personnes doivent être traitées par le biais d'une meilleure coordination entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales.

Les organismes bénévoles tant régionaux que nationaux ont également un rôle important à jouer pour faire en sorte que l'on tienne compte de l'expérience acquise « sur le terrain » à tous les niveaux de planification. De tels organismes existent pour les pourvoyeurs de services, les familles, les divers professionnels de la santé et les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale. Les coalitions sont très utiles pour parvenir à une meilleure compréhension commune de questions complexes et pour surmonter des points de vue différents qui, si l'on ne s'en occupe pas, peuvent devenir des prétextes à l'inaction. Au Canada, de telles coalitions ont déjà permis de trouver un terrain d'entente au cours de la dernière décennie et sont appelées à jouer un grand rôle pour mobiliser le leadership dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie²⁷⁸.

PRIORITÉ 6.1

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 6.1.1 Avec la pleine participation des dirigeants politiques, établir un mécanisme dans chaque administration pour assurer un contrôle sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques interministérielles en matière de santé mentale en lien avec un mécanisme semblable à l'échelle du pays.
- 6.1.2 Améliorer la collaboration et la coordination entre tous les niveaux de gouvernement en ce qui a trait aux questions de santé mentale pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, de même que pour les autres groupes où le fédéral a une responsabilité quant à la prestation des services.
- 6.1.3 Encourager l'émergence de coalitions dans le secteur non gouvernemental pour aider à mobiliser le leadership et trouver des solutions communes à des problèmes complexes.

PRIORITÉ 6.2

Améliorer la collecte de données, la recherche et l'échange de connaissances partout au Canada.

Un corpus de données canadiennes et internationales de plus en plus volumineux façonne la transformation des systèmes. Toutefois, nous devons accroître significativement notre capacité de mieux comprendre ce qui fonctionne bien pour améliorer la santé mentale et le bien-être et d'utiliser ces connaissances pour mesurer les progrès dans la transformation du système et l'amélioration des résultats.

Des données précises sur la demande pour divers services de santé mentale, leur utilisation et leur efficacité sont nécessaires afin d'améliorer la qualité des services en santé mentale, des traitements et des formes de soutien. La promotion du rétablissement et du bien-être partout où c'est possible doit reposer sur des données probantes concernant les résultats en santé mentale et l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur ces mêmes résultats. On doit donc s'entendre sur un ensemble complet d'indicateurs aptes à mesurer la progression de la réforme du système et l'amélioration des résultats dans toutes les régions du pays.

Bien qu'il existe des secteurs pour lesquels la collecte de données en santé mentale soit plus robuste, notamment en ce qui a trait à la facturation par les médecins et les hôpitaux, il reste un long chemin à parcourir avant que nous ne disposions des données dont nous avons besoin. Celles-ci sont plutôt minces en ce qui a trait à plusieurs aspects, notamment la satisfaction par rapport aux services de santé mentale et les programmes les plus efficaces qui contribuent au rétablissement des personnes. Par ailleurs, les méthodes de collecte des données varient d'une région à l'autre du pays. C'est le cas notamment de l'information relative aux services en santé mentale dans la communauté ainsi que les données concernant les comportements suicidaires et les causes de décès.

Il ne sera pas possible de combler toutes ces lacunes en même temps puisqu'il faut du temps, des efforts et des ressources pour planifier la collecte des données et les recueillir. Toutefois, il devrait être possible de tirer profit du travail déjà accompli par les gouvernements et les organismes partout au pays et de puiser dans les sources existantes de données, même si elles sont limitées.

Projet d'évaluation commune en santé mentale communautaire, Ontario

L'évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) est un outil décisionnel normalisé conçu pour aider à planifier les services qui permet de recueillir par voie électronique de l'information clé sur plus de 300 programmes dans la province²⁷⁹. Il est basé sur l'instrument d'évaluation des besoins Camberwell, l'outil le plus solidement étayé et le plus reconnu à l'échelle internationale. Il comporte également des éléments supplémentaires utilisant l'approche en matière de rétablissement qui est privilégiée en Ontario²⁸⁰. L'ECBO donne aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale un moyen efficace de faire connaître leurs besoins et leurs préférences et leur permet de jouer un rôle actif dans l'établissement de leurs plans de soins. De cette façon, l'ECBO permet aux pourvoyeurs de services de mettre l'accent sur les besoins et les forces indiqués par chaque usager. L'outil aide également les services de santé mentale dans la communauté à partager de l'information (avec plein consentement) et à permettre le suivi des informations cliniques à la fois dans les établissements hospitaliers et dans ceux de la communauté.

Pour cela, il faudra procéder en deux volets. Le premier volet consiste à définir des indicateurs pour lesquels des données pourraient être recueillies relativement facilement, même si ces données ne brossent qu'un tableau partiel. Dans notre Appel à l'action à la page 108, on a établi un ensemble d'indicateurs que l'on pourrait utiliser dans le cadre de ce volet. Le deuxième volet comprend l'élaboration d'un cadre pour la compilation de données complètes sur la gamme des résultats sur le plan social et sur celui de la santé en ce qui a trait au rétablissement et au bien-être à long terme; il vise également l'établissement d'un système pour colliger ces données.

La recherche a donné lieu à d'importantes avancées dans notre compréhension de la santé mentale et de la maladie mentale, touchant des aspects tels que la structure et le fonctionnement du cerveau, l'incidence de facteurs génétiques, psychologiques et environnementaux, l'importance de l'autogestion des soins de santé et les déterminants sociaux de la santé mentale. Une planification consciencieuse des projets de recherche, ainsi que la rigueur dans l'interprétation, la communication, l'utilisation des données et l'évaluation sont autant d'éléments essentiels pour améliorer des résultats sur le plan social et en santé pour les personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale. Ce sont aussi des aspects critiques pour contribuer à la santé mentale et au bien-être de toutes les personnes vivant au Canada.

Comparée à d'autres domaines de recherche et considérant l'impact des troubles mentaux et des maladies sur la société (que ce soit en raison du nombre de personnes touchées ou du fardeau économique) la recherche en santé mentale continue à être gravement sous-financée au Canada. Non seulement faut-il corriger ce déséquilibre, mais l'on doit aussi mettre au point un plan pour la recherche en santé mentale afin que les subventions soient utilisées de la meilleure manière possible. Un tel plan devrait puiser dans diverses sources de connaissances et couvrir l'ensemble des questions relatives à la santé mentale. On devrait voir à ce que les personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale puissent participer davantage à la planification stratégique de la recherche ainsi qu'à tous les aspects des activités de recherche, y compris la direction des projets.

Il existe quantité de sujets importants susceptibles de stimuler la recherche. Par exemple :

- Que pouvons-nous apprendre de l'expérience des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et de leurs proches?
- Comment les neurosciences peuvent-elles nous aider à mieux comprendre les causes de maladies mentales ainsi que le rapport entre la maladie mentale et le cerveau et contribuer au développement de médicaments, de traitements et d'interventions plus efficaces?
- Quel effet le vieillissement a-t-il sur la santé mentale?
- Que pouvons-nous apprendre du savoir traditionnel et des coutumes de diverses cultures?
- Quels sont les effets de facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux sur la santé mentale et la maladie mentale au cours de la vie d'une personne?
- Quelles sont les méthodes cliniques les plus efficaces?
- Quelle est la meilleure façon d'organiser les services et les ressources de façon à ce qu'ils puissent soutenir les gens de tous âges et de toutes origines dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être?

Il faut également accélérer le processus de mise en application de nouvelles connaissances dans les politiques et la pratique à travers l'ensemble du système de santé mentale. Cela passe d'abord par un travail plus efficace de partage de l'information et des résultats de recherche, y compris en ce qui a trait aux pratiques prometteuses et aux initiatives réussies dans toutes les régions du pays. Il importera de bâtir sur les bases déjà établies afin de mieux transformer les connaissances en actions concrètes et pour créer l'infrastructure nécessaire au maintien de leur échange au fil du temps.

La publication de cette stratégie n'est qu'une étape dans la planification qui doit s'effectuer si l'on veut réellement changer le système de santé mentale. Il est essentiel d'élaborer des lignes directrices et des normes plus détaillées si l'on veut améliorer la qualité des politiques et des pratiques en matière de santé mentale et mieux répondre aux besoins de groupes spécifiques au sein de la population. Par exemple, la stratégie recommande de mettre au point des lignes directrices sur le rétablissement, de créer des normes en matière de santé psychologique et de sécurité au travail et d'établir d'autres normes touchant les périodes d'attente pour l'accès aux programmes et services de santé mentale dans la communauté. En coordonnant les efforts dans le cadre de ces activités et d'autres initiatives semblables partout au Canada on évitera de faire le même travail plus d'une fois.

Centre d'échange des connaissances et projet sur la performance des systèmes (Commission)²⁸¹. Le Centre d'échange des connaissances de la Commission s'efforce d'améliorer la vie des personnes aux prises avec une maladie mentale en créant des moyens pour les Canadiens d'accéder à l'information, de partager leurs connaissances et d'échanger des idées au sujet de la santé mentale. Le projet sur la performance des systèmes a pour but d'assurer que la collecte des données sur la santé mentale au Canada soit plus complète et mieux organisée, de manière à faciliter le processus de prise de décisions en matière de programmes et de politiques en santé mentale.

PRIORITÉ 6.2

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 6.2.1 Recueillir les données relatives au premier groupe d'indicateurs contenus dans *Changer les orientations, changer des vies* (voir page 106) et en faire rapport au public, tout en élaborant un cadre pour la collecte et la communication de données complètes en ce qui a trait aux résultats à plus long terme.
- 6.2.2 Établir un plan pour la recherche en santé mentale pour l'ensemble du Canada comprenant des volets de recherche clinique et psychosociale, de neurosciences et de connaissances acquises par l'expérience vécue d'un trouble mental ou d'une maladie mentale et au sein de diverses cultures.
- 6.2.3 Accroître l'appui aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale pour qu'elles participent activement à tous les aspects de la recherche.
- 6.2.4 Voir à ce que le savoir se traduise plus facilement en actions concrètes par la mise en place d'une infrastructure d'échange coordonné des connaissances axé sur le partenariat.
- 6.2.5 Élaborer des directives et des normes en vue d'améliorer constamment la qualité des politiques et pratiques en matière de santé mentale.

PRIORITÉ 6.3

Renforcer les capacités des ressources humaines en santé mentale.

Les personnes sont la plus importante ressource du système de santé mentale.

Il y a de nombreux aspects liés au développement d'une main-d'œuvre en santé mentale qui soit composée d'effectifs ayant les compétences nécessaires et travaillant aux bons endroits. Cette main d'œuvre est très complexe puisqu'elle comprend des pourvoyeurs de soins soumis ou non à une réglementation ainsi que des administrateurs et des formateurs. Les ressources humaines accaparent approximativement 80 % des dépenses directes consacrées au traitement des troubles mentaux et des maladies mentales²⁸².

Comme dans d'autres domaines, on a besoin de meilleures données, mais il appert qu'il y a pénurie de professionnels dans plusieurs disciplines (particulièrement dans des domaines tels que la pédopsychiatrie et les soins aux aînés). Les pourvoyeurs sont inégalement répartis à travers le pays (ce dont souffrent particulièrement les régions rurales et éloignées) tandis que certains services ne sont pas en mesure d'embaucher certains pourvoyeurs en raison d'un financement inadéquat et des politiques salariales^{283, 284, 285}.

La mise en œuvre des recommandations contenues dans *Changer les orientations, changer des vies* exigera que l'on apporte des changements à la composition et à la formation de la main d'œuvre en santé mentale, c'est-à-dire qu'il faudra augmenter le nombre de pairs aidants, offrir davantage de formation en pratiques interdisciplinaires, d'approches axées sur le rétablissement, de compétence et de sécurité culturelles. Il importera également d'amener les travailleurs dans de nombreux secteurs, y compris les pourvoyeurs de soins de santé, les enseignants, les policiers, les travailleurs en milieu correctionnel et les pourvoyeurs de soins à domicile, à échanger sur les meilleures façons de promouvoir la santé mentale et de répondre aux besoins des gens qui vivent avec des troubles mentaux ou avec une maladie mentale.

Pour combler la pénurie actuelle et s'adapter aux besoins futurs, il faudra que les diverses administrations coopèrent et qu'elles mènent une stratégie commune en ce qui a trait aux ressources humaines en santé mentale. Si l'on veut réaliser des progrès, il faudra être capable de prévoir l'évolution des ressources humaines en santé mentale en fonction des besoins de la population.

Un programme pancanadien de développement et de formation de la main d'œuvre pourrait contribuer à la création d'un ensemble de compétences essentielles communes à toutes les disciplines professionnelles en santé mentale, guider le développement de directives touchant la formation interdisciplinaire et favoriser l'établissement de ponts entre les domaines²⁸⁶. De plus, un tel programme pourrait créer des occasions d'embauche pour les personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale à tous les niveaux de la main-d'œuvre en santé mentale (voir la deuxième orientation stratégique).

PRIORITÉ 6.3

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 6.3.1 Renforcer la capacité de planification des ressources humaines en santé mentale à travers le pays afin d'assurer le développement d'une main d'œuvre comptant suffisamment d'effectifs dotés des bonnes compétences et comprenant la bonne combinaison de pourvoyeurs de services.
- 6.3.2 Élaborer un programme pancanadien de développement de la main d'œuvre en santé mentale comprenant les compétences essentielles pour tous les pourvoyeurs de services de santé mentale.

PRIORITÉ 6.4

Élargir le rôle de leader des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et de leurs proches dans l'orientation des politiques en matière de santé mentale.

Les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale doivent participer activement et complètement à la planification, à la prestation, à l'évaluation, au monitoring, aux activités de recherche et aux programmes et aux politiques qui ont une incidence dans leur vie, incluant les politiques gouvernementales en matière de santé mentale.

Partout au monde, le rôle de leader exercé par les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leurs proches (y compris les proches parents et les membres du cercle de soutien élargi) s'est avéré un levier essentiel de la transformation des approches relatives à la santé mentale et à la maladie mentale et de la promotion de la transition vers une orientation axée sur le rétablissement. On doit appuyer ce leadership par des investissements dans les organismes locaux, régionaux et nationaux. Le Mental Health Council of Australia présente un bon exemple d'organisme structuré de façon à tenir compte des intérêts de tout l'éventail des intervenants en santé mentale tout en encourageant et en appuyant le développement du leadership chez les personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale²⁸⁷.

La présence de leaders influents ayant un vécu des troubles mentaux ou de la maladie mentale et leurs proches au sein d'organismes bien structurés pourra contribuer à transformer la planification, l'administration et la prestation des services et cette participation sera également efficace dans la lutte à la stigmatisation et à la discrimination.

PRIORITÉ 6.4

RECOMMANDATIONS D'ACTION

- 6.4.1 Élaborer des directives pour faire en sorte que les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et leurs proches puissent exercer un rôle de leader dans la mise au point et l'application des politiques en matière de santé mentale.
- 6.4.2 Renforcer l'influence des organismes locaux, régionaux et nationaux menés par des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et représentant leurs intérêts de façon à ce que ces personnes puissent se faire entendre.

APPEL À L'ACTION

Les priorités et les recommandations d'action contenues dans les six orientations stratégiques contenues dans *Changer les orientations, changer des vies* constituent un plan pour le Canada. Pour la première fois de son histoire, notre pays s'est doté d'une vision commune et d'un ensemble de priorités qui permettront à tous les Canadiens de contribuer à l'amélioration de la santé mentale.

Changer les orientations, changer des vies tient compte des meilleurs éléments de programmes mis en place partout au pays. Ses recommandations, appuyées par les meilleures connaissances et données probantes, traduisent les préoccupations et les aspirations de gens provenant de toutes les régions du pays qui ont consacré leur temps et leur sagesse à la préparation de la stratégie. Celle-ci s'inspire de nombreux témoignages livrés au comité sénatorial qui a produit le rapport *De l'ombre à la lumière* ainsi que de la contribution de nombreux intervenants du milieu aux initiatives et projets de la Commission.

Dest en ouest, du nord au sud, la Commission a organisé des dialogues régionaux, des sondages en ligne, des tables rondes sur des enjeux importants, des groupes de discussion et d'autres activités où étaient représentés les groupes suivants :

- des personnes ayant eu un trouble mental ou une maladie mentale et leurs proches;
- le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux;
- des organismes non gouvernementaux;
- des organismes autochtones nationaux et d'autres intervenants du milieu représentant les Premières nations, les Inuits et les Métis;
- des pourvoyeurs de services en santé mentale représentant divers secteurs;
- des chercheurs et des conseillers en matière de politiques;
- des pourvoyeurs de services dans d'autres domaines et des membres du grand public.

Il aura fallu l'apport de milliers de personnes pour donner naissance à cette stratégie et il faudra les efforts conjugués de bien d'autres gens pour mettre en place les changements souhaités.

Tout le monde au pays a un rôle à jouer pour mettre en œuvre les recommandations contenues dans la présente stratégie. Mais les divers paliers de gouvernement ont une responsabilité particulière. Ils sont en mesure d'investir davantage et de façon plus efficiente en santé mentale. Ils sont également mieux placés pour évaluer globalement les efforts déployés pour améliorer les résultats en santé mentale.

L'heure est venue d'investir davantage et de façon plus efficiente en santé mentale. Accroître les investissements en santé mentale et assurer une meilleure utilisation des fonds déjà consentis pour réaliser les changements préconisés dans la présente stratégie est ce qu'il y a lieu de faire. En comblant le manque de ressources dans le domaine de la santé mentale, qui perdure depuis des années, et en rehaussant l'efficacité du système de santé mentale, on pourra améliorer la qualité de vie de dizaines de milliers de personnes au pays. Cela contribuera également à la prospérité économique de la nation et à la viabilité du réseau de la santé.

L'impact des troubles mentaux et des maladies mentales sur l'économie est énorme. Il existe diverses études complémentaires qui pointent vers de mêmes résultats quant à l'impact économique global des troubles mentaux et des maladies mentales. Une étude récente menée par la Commission de la santé mentale du Canada a ainsi conclu que les coûts liés aux troubles mentaux et aux maladies mentales atteignaient 48,5 milliards de dollars par année²⁸⁸. En se fondant sur une approche quelque peu différente, une étude antérieure avait estimé ces coûts à 51 milliards par année²⁸⁹.

Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a réussi à évaluer les dépenses totales occasionnées par la maladie mentale dans les systèmes de justice et d'éducation, non plus que les coûts assumés par les proches aidants ou par les personnes qui ont une mauvaise santé mentale, mais qui n'ont pas subi les symptômes de la maladie. Malgré ce fait, il est clair que le coût total des troubles mentaux et des maladies mentales pour l'économie canadienne est vraisemblablement bien au-delà de 50 milliards de dollars par année.

Que l'on soit employeur, travailleur ou contribuable, il nous faut assumer ces coûts. On estime que les troubles mentaux et les maladies mentales sont à l'origine de près de 30 % des demandes de prestations d'invalidité à court et long terme et qu'ils occasionnent des pertes de productivité se chiffrant à 6 milliards de dollars^{290, 291}. Les jeunes adultes dans les années les plus productives de leur vie active sont parmi les gens les plus souvent frappés par les troubles mentaux et les maladies mentales²⁹².

En outre, comme nous l'avons souligné précédemment, jusqu'à 70 % des troubles mentaux et des maladies mentales débutent durant l'enfance ou l'adolescence. Jusqu'à trois jeunes sur quatre qui ont un trouble mental ou une maladie mentale n'ont pas recours aux services et aux traitements. Les enfants qui sont aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale sont beaucoup plus à risque de connaître les mêmes difficultés à l'âge adulte et d'avoir des problèmes de santé et d'autres problèmes sociaux aggravants²⁹³. Un rapport publié récemment aux États-Unis a évalué à 2 100 milliards de dollars les coûts qui se répercutent durant toute la vie par suite d'un trouble mental ou d'une maladie mentale survenu durant l'enfance. Au Canada, si l'on tient compte du fait que la population est plus restreinte, cela représente environ 200 milliards par année²⁹⁴.

Les enfants qui ont un trouble de comportement sont huit fois plus à risque de développer un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) à l'adolescence. Et les adolescents qui vivent avec un tel trouble sont deux fois plus à risque que les autres enfants de manifester des troubles d'anxiété ou un problème de toxicomanie à l'âge adulte.

— Commission de la santé mentale du Canada,

*The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada*²⁹⁵

Il y a bien des façons de mieux utiliser les ressources déjà en place au sein du système de santé mentale. Par exemple, on sait que si l'on peut prévenir des troubles de comportement chez un seul enfant grâce à une intervention précoce, il en résultera des économies à vie de 280 000 dollars²⁹⁶. Si l'on considère que 85 000 enfants au Canada ont actuellement des troubles de comportement, on constate vite l'importance des économies possibles²⁹⁷. On a aussi découvert que le fait d'intervenir auprès d'un enfant dont l'état de santé mentale est moindre pour lui faire atteindre un état de santé optimal permet d'économiser 140 000 dollars à vie²⁹⁸. Un meilleur accès au soutien par les pairs, au logement et aux services offerts dans la communauté peut contribuer à une meilleure qualité de vie et éviter que les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale soient hospitalisées ou qu'elles soient aux prises avec le système judiciaire²⁹⁹.

Mais les économies ainsi réalisées ne nous permettront de régler qu'une partie du problème. Il ne fait aucun doute que l'on devra investir des fonds pour réaliser la réforme souhaitée dans le domaine de la santé mentale, ce qui veut dire que le Canada devra augmenter la part des montants accordés pour la santé mentale à l'intérieur des budgets de la santé et des programmes sociaux.

Les dépenses du Canada en ce qui a trait à la santé mentale sont largement inférieures à celles de nombreux autres pays comparables. Au Canada, seulement 7 % des fonds publics destinés à la santé sont alloués à la santé mentale. C'est bien en deçà des 10 à 11 % des budgets en santé que des pays tels que la Nouvelle-Zélande ou le Royaume-Uni consacrent à la santé mentale³⁰⁰.

Changer les orientations, changer des vies préconise que le Canada augmente la part des montants accordés à la santé mentale dans les budgets de la santé de 7 à 9 % au cours de la prochaine décennie. Évidemment, investir plus d'argent sans transformer le système de santé mentale équivaldrait à mal utiliser les fonds publics. L'augmentation souhaitée des investissements devrait donc être fondée sur tout l'éventail des recommandations contenues dans ce document. Puisque l'augmentation proposée représente une moyenne nationale, il va de soi que chaque administration devra apporter les ajustements budgétaires nécessaires pour faire sa part dans l'atteinte de cet objectif.

Également, puisque la santé mentale n'est pas seulement un enjeu de santé, on devra aussi augmenter la part des subventions accordées à la santé mentale dans le cadre du financement des programmes sociaux. Même s'il n'existe pas de données précises à l'échelle nationale permettant d'établir un indice de référence, on peut estimer qu'un investissement comparable en santé mentale à l'intérieur des enveloppes budgétaires pour les programmes sociaux tels que l'éducation, le logement et le système judiciaire exigerait une hausse de deux points de pourcentage.

Le Canada et le reste du monde doivent composer avec une conjoncture économique difficile, ce qui réduit la marge de manœuvre pour de tels investissements. Il faudra des efforts soutenus de la part du public pour susciter la volonté politique qui permettra de consentir les hausses nécessaires dans le financement de la santé mentale. On aura aussi besoin de l'appui du secteur privé et des organisations philanthropiques. Mais dans un monde qui dépend de plus en plus de la matière grise, le Canada ne peut se dispenser d'investir dans la santé et le bien-être de sa population. Ce qui veut dire qu'il faudra allouer des ressources pour les priorités définies dans la présente stratégie.

PROPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT

- Faire passer la part du budget alloué à la santé mentale dans le financement de la santé de 7 à 9 % au cours des dix prochaines années.
- Augmenter de deux points de pourcentage la part du budget alloué à la santé mentale dans le financement des programmes sociaux par rapport aux niveaux actuels.
- Chiffrer les dépenses actuelles en santé mentale qui pourraient être réaffectées en vue d'améliorer l'efficacité et d'obtenir de meilleurs résultats en santé mentale.
- Amener les secteurs philanthropique et privé et à investir des ressources dans la santé mentale.

Ces ressources devraient servir à la réforme du système de santé mentale de façon à ce qu'il soit plus productif et plus efficace et qu'il contribue à l'atteinte de meilleurs résultats en santé mentale.

Mesurer les progrès. Évidemment, il importe de savoir quelles seront les répercussions de ces efforts et de ces investissements. On doit pouvoir perfectionner notre compréhension des aspects qui contribuent à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être, en particulier chez les personnes qui ont des troubles mentaux ou une maladie mentale. Il ne fait aucun doute que le Canada investit moins que d'autres pays, mais l'expérience a aussi montré que le fait d'augmenter les sommes investies n'est pas un gage de succès. La seule façon de savoir si le temps, l'argent et l'énergie investis sont dépensés à bon escient, c'est de mesurer le progrès accompli.

En dépit des améliorations des dernières années, on en sait encore trop peu sur les effets qu'exercent nombre de programmes et d'activités sur l'état de santé mentale des gens. La collecte de données est insuffisante et celles que l'on recueille sont trop rarement partagées entre les juridictions, les ministères et les secteurs de la santé mentale. Idéalement, on mettrait en place des méthodes rigoureuses et complètes de collecte de données, de sorte qu'il serait possible d'établir et de surveiller la réalisation d'objectifs précis portant sur la disponibilité et l'efficacité des services, comme cela se fait en Australie et dans d'autres pays qui sont des chefs de file en ce qui a trait à la gestion des données sur la santé mentale. De telles données permettraient également de contrôler des aspects critiques d'un système axé sur le rétablissement, tels que la qualité de vie, la satisfaction des services et le degré de participation des personnes ayant un vécu des troubles mentaux et de la maladie mentale à la prise de décision à tous les niveaux.

Tel que le souligne la sixième orientation stratégique, la collecte de données devrait comprendre deux volets. Dans le cadre du premier volet, on doit faire une planification rigoureuse pour pouvoir mesurer les résultats à long terme en santé mentale. Le travail effectué dans le cadre du deuxième volet, décrit ci-après, devrait nous permettre de savoir beaucoup plus rapidement si nos efforts donnent les résultats souhaités.

Pour commencer, la Commission a demandé à des experts de définir un ensemble de mesures, fondées sur des données existantes ou relativement faciles à compiler, qui pourraient servir à surveiller les progrès. Étant donné les lacunes dans les données, il s'est avéré plus difficile dans certains cas de trouver des indicateurs et des sources d'information pour certaines des orientations stratégiques établies dans la présente stratégie. Quoi qu'il en soit, nous avons établi une liste d'indicateurs possibles qui peuvent donner au moins un portrait partiel de la situation et avec lesquels nous pourrions commencer à évaluer les résultats et les changements importants au sein du réseau de services.

INDICATEURS POSSIBLES ET SOURCES D'INFORMATION

Orientation stratégique 1 :

- Augmentation du pourcentage de personnes qui disent avoir une bonne santé mentale (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, [ESCC], santé mentale 2012*).
- Diminution du taux d'agressions, de troubles d'anxiété et d'hyperactivité chez les enfants de cinq ans (*instrument de mesure de développement de la petite enfance*).
- Augmentation de la mise en application de normes de santé et de sécurité psychologiques au travail (*Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail*).
- Augmentation du pourcentage de personnes qui disent avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté (*ESCC, composante annuelle*).

Orientation stratégique 2 :

- Diminution du nombre de personnes de plus de quinze ans qui disent avoir eu l'impression que d'autres avaient une piètre opinion sur elles ou qui estiment avoir été traitées injustement au cours des douze derniers mois en raison de leurs troubles mentaux ou affectifs passés ou actuels (*ESCC, composante sur les expériences dans le domaine de la santé mentale*).
- Diminution du pourcentage de personnes incarcérées présentant un trouble mental ou une maladie mentale au moment de leur incarcération (*Service correctionnel du Canada et services correctionnels provinciaux et territoriaux*).

Orientation stratégique 3 :

- Augmentation de la proportion de personnes ayant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux qui ont consulté un professionnel au cours de la dernière année (*ESCC, composante annuelle*).
- Augmentation de l'espérance de vie des personnes qui ont de graves troubles mentaux (*Statistiques de l'état civil de Statistique Canada et données pertinentes recueillies par les médecins*).
- Diminution des taux de réadmission à l'hôpital dans les sept à trente jours suivant la première admission en raison d'un trouble mental (*Statistique Canada*).
- Réduction du nombre de personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale qui sont itinérantes ou qui n'ont pas d'endroit adéquat où se loger (*Société canadienne d'hypothèques et de logement; Institut canadien d'information sur la santé*).
- Augmentation du nombre de logements avec soutien pour les personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale (*Société canadienne d'hypothèques et de logement*).
- Augmentation du taux d'emploi des personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale (*Ressources humaines et Développement des compétences Canada; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, composante sur la population active*).

Orientation stratégique 4 :

- Augmentation de la proportion d'immigrants ayant des troubles affectifs qui reçoivent de l'aide d'une source autre qu'un membre de la famille ou un ami (*Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*).

Orientation stratégique 5 :

- Augmentation du pourcentage de membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui ont accès à la médecine traditionnelle et aux pratiques traditionnelles en matière de santé et de bien-être (*Enquête auprès des peuples autochtones; Enquête régionale et longitudinale sur la santé des Premières Nations [First Nations Regional Longitudinal Health Survey]*).
- Augmentation du pourcentage de membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui ont consulté des professionnels de la santé mentale au cours de la dernière année (*Enquête auprès des peuples autochtones; Enquête régionale et longitudinale sur la santé des Premières Nations [First Nations Regional Longitudinal Health Survey]*).

Évidemment, les effets mesurés par ces indicateurs seront fonction de nombreux facteurs et non pas seulement de la mise en œuvre de la présente stratégie. Par exemple, les multiples stratégies, plans et programmes en matière de santé mentale qui ont été mis en place par les gouvernements provinciaux et territoriaux auront leurs propres répercussions, tout comme les changements majeurs qui pourraient s'opérer dans l'attitude de la population à l'égard de la santé mentale et de la maladie mentale. Néanmoins, il importe de surveiller le progrès dans la réforme du système de santé mentale quelles que soient les raisons de ces changements.

Même si le travail de collecte et d'analyse des données pour les indicateurs définis dans le deuxième volet est une entreprise réalisable, il ne pourra s'effectuer qu'avec l'effort commun des gouvernements et de diverses organisations. De nombreux partenaires devront accomplir un travail considérable, à la fois pour faire rapport sur ces premiers indicateurs et pour mettre au point un cadre global d'évaluation des résultats en santé mentale d'ici 2017, cinq ans après le dévoilement de la présente stratégie. Mais c'est de cet effort commun que dépend une meilleure responsabilisation en ce qui a trait aux résultats en santé mentale.

Appel à l'action. Il ne sera pas possible de mettre en œuvre en même temps toutes les recommandations contenues dans *Changer les orientations, changer des vies* et chaque ordre de gouvernement devra établir ses priorités par rapport à celles-ci. Il existe toutefois des facteurs déterminants de réussite en ce qui concerne les changements à apporter au Canada.

Il faut avoir une vision et une orientation communes axées sur le changement et *Changer les orientations, changer des vies* peut constituer le plan commun qui permettra à tous les intervenants de participer à la transformation, quel que soit leur rôle.

On devra pouvoir compter sur des dirigeants engagés à tous les niveaux. Les personnes ayant un vécu des troubles mentaux et de la maladie mentale ainsi que leurs proches doivent travailler en concertation avec les représentants gouvernementaux et les dirigeants d'organisations privées et publiques dans un grand nombre de domaines afin de concrétiser les priorités établies dans la présente stratégie. Dans son rôle de catalyseur du changement, la Commission collaborera avec les intervenants du milieu pour favoriser le développement des initiatives existantes et pour déterminer par quels moyens on pourrait accélérer l'adoption de la stratégie.

Il est de première importance d'amener la population canadienne à agir sur les enjeux en santé mentale afin que la santé mentale soit l'une des grandes priorités d'action des organismes publics et du secteur privé.

Il y a un sentiment grandissant partout au Canada que le moment est venu d'agir sur les questions de santé mentale. *Changer les orientations, changer des vies* contribuera à ce que cet espoir de changement devienne réalité.

Partenaires pour la santé mentale³⁰¹. Cet organisme se concentre sur un seul objectif : promouvoir un mouvement social par lequel les individus et les organisations se donneront un pouvoir d'agir afin d'améliorer la santé mentale. En agissant comme un moteur du changement, Partenaires pour la santé mentale sera un instrument important entre les mains du grand public, qui lui permettra d'appuyer la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et de contribuer à sa mise en œuvre. Partenaires pour la santé mentale est un organisme national à but non lucratif qui a vu le jour en avril 2012, avec l'appui de la Commission de la santé mentale du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
2. Canada, Parlement, Sénat. (2006). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. M.J.L. Kirby (président) et W.J. Keon (vice-président). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. 38e lég., 1re session, p. 42. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.
3. Statistique Canada. (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—Santé mentale. *Le Quotidien le 3 septembre*. Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/030903/dq030903a-fra.htm>.
4. Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C.A., Offord, D. R. et Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 50 (4), p. 226-233.
5. Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
6. Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Renforcement de la promotion de la santé mentale*. [Aide-mémoire n° 220]. Consulté à l'adresse <https://apps.who.int/inf-fs/fr/am220.html>.
7. Provencher, H. L. et Keyes, C.L.M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness and positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10 (1), p. 57-69.
8. Davidson, L. et Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16 (4), p. 459-470.
9. Statistique Canada. (2011). *Mortalité : liste sommaire des causes 2008*. Consulté à l'adresse <http://publications.gc.ca/collections/Collection/Statcan/84F0209X/84F0209XIB1997000.pdf>.
10. Association canadienne pour la prévention du suicide. (2009) *The CASP National Suicide Prevention Strategy* (2^e éd.). Consulté à l'adresse <http://www.suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2009/10/2010strategy-final-september.pdf>.
11. Nunavut Suicide Prevention Strategy Working Group. (2010). *Stratégie de prévention du suicide du Nunavut*. Consulté à l'adresse <http://www.hss.gov.nu.ca/PDF/NSPS%20Strategy%20-%20FR.pdf>.
12. Kirkwood, T., Bond, J., May, C., McKeith, I. et Teh, M. (2008). Foresight mental capital and wellbeing project. *Mental capital through life: Future challenges*. Londres, R.-U. : The Government Office for Science. Consulté à l'adresse http://www.bis.gov.uk/assets/biscore/corporate/migrated/Dec_group/99-08-FO_on.
13. Provencher, H. L. et Keyes, C.L.M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness and positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10 (1), p. 57-69.
14. Van Os, J. et Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374, p. 635-645.
15. Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Summary report*. Consulté à l'adresse http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
16. Ibid.
17. Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Consulté à l'adresse http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.
18. Friedli, L.I. et Parsonage, M. (2009). *Promoting mental health and preventing mental illness: The economic case for investment in Wales*. Cardiff, Wales: All Wales Mental Health Promotion Network. Consulté à l'adresse [http://www.publicmentalhealth.org/Documents/749/Promoting%20Mental%20Health%20Report%20\(English\).pdf](http://www.publicmentalhealth.org/Documents/749/Promoting%20Mental%20Health%20Report%20(English).pdf).
19. Seymour, L. et Gale, E. (2004). *Literature and policy review for the joint inquiry into mental health and well-being in later life*. Londres, R.-U. : mentality. Consulté à l'adresse <http://www.seniorspolicy.ca/Root/Materials/Litandpolicyreview-Fulltextofreport%5B1%5D.pdf>.
20. Colombie-Britannique. (s.d.). B.C. *FRIENDS for Life* [site web]. Consulté à l'adresse http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/friends.htm.
21. Austin Resilience Development Inc. (s.d.). Prevention and treating anxiety in children and youth: Evidence base. *Pathways Health Research Centre* [site web]. Consulté à l'adresse <http://friendsrt.com/evidencebase.html>.
22. Aked, J., Marks, N., Cordon C. et Thompson, S. (2008). *Five ways to well-being*. Londres, R.-U. : New Economics Foundation. Consulté à l'adresse http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Five_Ways_to_Well-being_Evidence_1.pdf.

23. Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M. et Ward, G. (2007). *Mental health improvement: Evidence based messages to promote mental wellbeing*. Edinburgh: NHS Health Scotland. Consulté à l'adresse <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/5335-RE050FinalReport0607.pdf>.
24. Kitchener, B.A. et Jorm, A.F. (2006). *Mental Health First Aid training: Review of evaluation studies*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, p. 6-8.
25. Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. (2007). *Mental health literacy: A review of the literature*. Consulté à l'adresse http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf.
26. Premiers Soins en Santé mentale Canada. (s.d). *Premiers Soins en Santé mentale Canada* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/Pages/default.aspx>.
27. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. M.E. O'Connell, T. Boat et K.E. Warner (éd.). Washington, DC : The National Academies Press. Consulté à l'adresse http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12480.
28. Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf.
29. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
30. Smith, J.P. et Smith, G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science and Medicine*, 71, p. 110-115.
31. Cohen, N. (1994). Attachment in adopted infants and toddlers: A developmental perspective. *IMPrint, Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, 9, 1-2. Toronto : Hospital for Sick Children. Consulté à l'adresse <http://www.sickkids.on.ca/pdfs/IMP/21390-09IMPReprint-Cohen.pdf>.
32. National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Children's emotional development is built into the architecture of their brains* [document de travail n° 2]. Consulté à l'adresse http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp2/.
33. Zeanah, C.H. et Smyke, A.T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29 (3), p. 219-233.
34. Talen, M.R., Stephens, L., Marik, P. et Buchholz, M. (2007). Well-child check-up revised: An efficient protocol for assessing children's social-emotional development. *Families, Systems, and Health*, 25 (1), p. 23-35.
35. McCain, M., Mustard, J.F. et Shanker, S. (2007). *Early years study 2: Putting science into action*. Toronto : Council for Early Child Development. Consulté à l'adresse http://www.councilecd.ca/files/downloads/Early_Years.pdf.
36. Directions Evidence and Policy Research Group. (2012). *School-based mental health and substance abuse: A review of systemic reviews and meta-analyses*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
37. Directions Evidence and Policy Research Group. (2012). *Survey on School-Based Mental Health and Substance Abuse Services*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
38. National School-Based Mental Health and Substance Abuse Consortium. (2012). *School-based mental health and substance abuse: A scan of Canadian practices*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
39. Barry, M.M., Canavan, R., Clarke, A., Dempsey, C. et O'Sullivan, M. (2009). *Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention*. Galway, Irlande : Health Promotion Research Centre, National University of Ireland. Consulté à l'adresse http://www.nuigalway.ie/health_promotion/documents/M_Barry/2009_rep_evidence_review_mhp_primarysecondary_prevention.pdf.
40. Morrison, W. et Kirby, P. (2010). *Le milieu scolaire comme terrain propice à la promotion de la santé mentale positive*. Summerside, IPÉ. : Consortium conjoint pour les écoles en santé. Consulté à l'adresse http://french.jcsh-cces.ca/jcsh/upload/PMH_French_Nov%2016_WebReady_1.pdf.
41. Beardslee, W.R., Chien, P.L. et Bell, C.C. (2011). Prevention of mental disorders, substance abuse and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric Services*, 62 (3), p. 247-254.
42. Barry, M.M., Canavan, R., Clarke, A., Dempsey, C. et O'Sullivan, M. (2009). *Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention*. Galway, Irlande : Health Promotion Research Centre, National University of Ireland. Consulté à l'adresse http://www.nuigalway.ie/health_promotion/documents/M_Barry/2009_rep_evidence_review_mhp_primarysecondary_prevention.pdf.
43. Underwood, E. (2011). Improving mental health outcomes for children and youth exposed to abuse and neglect. *Healthcare Quarterly*, 14 (édition spéciale 2), p. 22-31.

44. Committee on School Health—American Academy of Pediatrics. (2004). School-based mental health services. *Pediatrics*, 113 (6), p. 1839-1845. Consulté à l'adresse <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;113/6/1839.pdf>.
45. Kutcher, S. et McLuckie, A. (2010). *Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
46. Fondation des maladies mentales. (s.d.). *Partenaires pour la vie* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.mentalillnessfoundation.org/fr/p/aider-une-personne/nos-programmes-daide/pour-les-jeunes/solidaires-pour-la-vie>.
47. Lesage, A. et Moubarac, J-C. (2011). Solidaires pour la vie, un programme efficace de littératie en santé mentale: analyse et recommandations. Montréal, Québec : Réseau québécois de recherche sur le suicide.
48. Sairanen, S., Matzanke, D., et Smeall, D. (2011). The business case: Collaborating to help employees maintain their mental well-being. *Healthcare Papers*, 11, p. 78-84.
49. Towers, Watson. (2012). *Pathway to health and productivity. 2011/2012 Staying@Work survey report. North America*. Consulté à l'adresse <http://www.towerswatson.com/assets/pdf/6031/Towers-Watson-Staying-at-Work-Report.pdf>.
50. Butler, Don, (28 juin 2011). *PS disability claims soaring*. Ottawa Citizen.
51. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
52. Shain, M. (2010). *Une bataille juridique tout à fait légitime. Des systèmes convergents exercent une pression à la hausse sur la création de milieux de travail sains sur le plan psychologique*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
53. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
54. Commission de la sante mentale du Canada. (s.d.). *Un cadre de leadership pour la promotion de la santé mentale en milieu de travail* [site web]. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
55. Bilsker, D. et Gilbert, M. (2011). *Santé et sécurité psychologiques : Guide de l'employeur*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
56. Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (2011). *Le gouvernement du Canada prend des mesures visant à soutenir la santé mentale en milieu de travail*. Consulté à l'adresse <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?m=/indexetnid=606049>.
57. Association médicale canadienne. (2008). *8^e Bulletin national sur la santé*. Consulté à l'adresse http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Annual_Meeting/2008/GC_Bulletin/National_Report_Card_FR.pdf.
58. Corbiere, M., Shen, J., Rouleau, M. et Dewa, C.S. (2009). A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33 (1), p. 81-116.
59. Bender, A. et Farvolden, P. (2008). Depression and the workplace: A progress report. *Current Psychiatry Reports*, 10, p. 73-79.
60. Stansfeld, S. (2002). Work, personality and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181, p. 96-98.
61. Association canadienne pour la santé mentale, Ontario et The Health Communication Unit, University of Toronto. (s.d.). *Workplace mental health promotion: A how-to guide*. Consulté à l'adresse <http://wmhp.cmhaontario.ca/>.
62. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
63. Le Conseil national des aînés. (2010). *Aperçu de la participation au marché du travail des aînés et des personnes approchant de l'âge de la retraite*. Consulté à l'adresse http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche_publications/marche_du_travail/page05.shtml.
64. Lasby, D. et Bakker, P. (2010). *Le don et le bénévolat chez les aînés. Conclusions de l'Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation*. Toronto, Ontario : Imagine Canada. Consulté à l'adresse http://www.donetbenevolat.ca/files/giving/fr/reports/seniors_report_fr_2004_20122010.pdf.
65. Le Conseil national des aînés. (2010). *Rapport du Conseil national des aînés sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif*. Consulté à l'adresse http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche_publications/benevolat.pdf.

66. Canada, Santé Canada (1998). *Les principes du Cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques*. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/healthy-sante/nfa-cnv/aging_f.pdf.
67. Alberta Health Services. (2010). *System Level Performance for Mental Health and Addiction in Alberta 2008/09*. Consulté à l'adresse <http://www.albertahealthservices.ca/MentalHealthWellness/hi-mhw-system-level-performance-report-2008-09.pdf>.
68. Seymour, L. et Gale, E. (2004) *Literature and policy review for the Joint Inquiry into Mental Health and Well-Being in Later Life*. Londres, R.-U. : mentality. Consulté à l'adresse <http://www.seniorspolicy.ca/Root/Materials/Litandpolicyreview-Fulltextofreport%5B1%5D.pdf>.
69. États-Unis, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Mentally healthy aging: A report on overcoming stigma for older Americans*. Consulté à l'adresse <http://www.wvseniorservices.gov/LinkClick.aspx?fileticket=bC8l22mAlDY%3D&tabid=92>.
70. Jané-Llopis, E. et Gabilondo, A. (dir.). (2008). *Mental health in older people: Consensus paper*. Luxembourg: European Communities. Consulté à l'adresse http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf.
71. Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, p. 11-23.
72. Canada, Parlement, Sénat. (2006). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. M.J.L. Kirby (président) et W.J. Keon (vice-président). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. 38^e lég., 1^{re} session., p. 42. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.
73. Davidson, L., Harding, C. et Spanoil, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*. Boston : Boston University.
74. Mulvale, G. et Bartram, M. (2009). Recovery in the Canadian context: Feedback on the framework for mental health strategy development. *Canadian Journal of Community Mental Health / Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 28 (2), p. 7-15.
75. Organisation des Nations Unies. (2007). *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*. Consulté à l'adresse <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>.
76. Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals. Rethink recovery series (Vol. 1)*. Londres, R.-U. : Rethink. Consulté à l'adresse http://api.ning.com/files/G*hCgvYVbMSgn4kaBbdSXUVnfGNstJXl39JowKEgjT5XKNNd9ZGVghMEO4k4CT*9LjPmuyKY7WKDgFhwressOLkWKPrnG4HXo/100_ways_to_support_recovery.pdf.
77. Réadaptation Psychosociale (RPS) Canada. (2010). *Psychosocial rehabilitation practice standards and definitions for recovery-orientated services*. Consulté à l'adresse <http://psrrpscanada.ca/clientuploads/documents/PSR%20Standards%20for%20Recovery%20Oriented%20Program%20Oct%202010.pdf>.
78. Consumers' Health Awareness Network Newfoundland and Labrador. (s.d.) *CHANNAL* [site web]. Consulté à l'adresse <http://channal.ca/>.
79. Cook, J.A., Copeland, M. E., Jonikas, J.A., Hamilton, M. M., Razzano, L.A., Grey, D.D. et Boyd, S. (2011). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin Advance Access (14 mars)*.
80. Alakeson, V. (2010). International developments in self-directed care. *Issues in International Health Policy*, 78, p. 1-10.
81. Alakeson, V. (2011). *Active patient: The case for self-direction in healthcare*. Birmingham, U.K.: The Center for Welfare Reform, University of Birmingham Health Services Management Center. Consulté à l'adresse <http://www.in-control.org.uk/media/74705/vidhya%20active%20patient%20final%20version%20.pdf>.
82. Cook, J.A., Russell, C., Grey, D.D. et Jonikas, J.A. (2008). Economic grand rounds: A self-directed care model for mental health recovery. *Psychiatric Services*, 59 (6), p. 600-602.
83. Durham Association for Family Respite Services. (s.d.). Respite and family support [site web]. Consulté à l'adresse <http://dafrs.com/facilitation.php>.
84. Lord, J. et Hutchison, P. (2008). Individualized funding in Ontario: Report of a provincial study. *Journal on Developmental Disabilities / Le journal sur les handicaps du développement*, 14 (2), p. 46-53.
85. Chen, F. et Greenberg, J.S. (2004). A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 40 (5), p. 423-435.
86. Jacobson, N. et Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 23 (4), p. 333-341. Consulté à l'adresse <http://fivecountymh.org/docs/jacobsoncurtis%202-5-99%20fin.pdf>.

87. Weinstein, Jenny. (éd.). (2010). *Mental health service user involvement and recovery*. Londres : Jessica Kingsley Publishing.
88. Cleary, M., Freeman, A. et Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15 (3), p. 189-194.
89. Wolf, J., Lawrence, L.H., Ryan, P. et Hoge, M.A. (2010). Emerging practices in employment of persons in recovery in the mental health workforce. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13 (3), p. 189-207.
90. Yale School of Medicine. (s.d.). *Program for Recovery and Community Health* [site web]. Consulté à <http://www.yale.edu/PRCH/>.
91. Organisation des Nations Unies. (2007). *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*. Consulté à l'adresse <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>.
92. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Changer les mentalités* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
93. Power, A.K. (2009). *Recovery in DEPTH: Transforming mental health care in the United States and Canada*. Observations présentées à l'occasion de la conférence annuelle de la Commission de la santé mentale du Canada. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
94. Smith, G.M., Davis, R.H., Bixler, E.O., Lin, H., Altenor, A., Altenor, R., Hardenstine, B. et Kopchick, M. (2005). Special section on seclusion and restraint: Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 56, p. 1115-1122.
95. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of the Administrator. (2010). *Promoting alternatives to the use of seclusion and restraint—Issue Brief #2: Findings from SAMHSA's alternatives to restraint and seclusion (ARS) state incentive grants (SIG) program*. Consulté à l'adresse <http://www.samhsa.gov/matrix2/IssueBrief2.pdf>.
96. Janzen, R., Nelson, G., Trainor, J. et Ochocka, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 4—Benefits beyond the self? A quantitative and qualitative study of system-level activities and impacts. *Journal of Community Psychology*, 34 (3), p. 285-303.
97. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Comité consultatif sur la santé mentale et la loi* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
98. Szypula, F. et Martin, M. (2011). *Balancing risk and safety when reducing restraint and seclusion*. Présentations à la conférence de 2011 de la Fédération canadienne des infirmières et des infirmiers en santé mentale. Consulté à l'adresse <http://cfmhn.ca/sites/cfmhn.ca/files/B1%20-%20Szypula%20-%20for%20website.pdf>.
99. Kauri, V. (24 août 2011). Reducing patient restraint. *The Hamilton Spectator*. Consulté à l'adresse <http://www.thespec.com>.
100. Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry*, 2 (2), p. 121-124.
101. Arboleda-Florez, J. (2009). Mental patients in prisons. *World Psychiatry*, 8 (3), p. 187-189.
102. Canada, Parlement, Sénat. (2006). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. M.J.L. Kirby (président) et W.J. Keon (vice-président). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. 38^e lég., 1^{re} session, p. 301. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.
103. Canada, Parlement, Chambre des communes. (2010). Comité permanent de la sécurité publique et nationale. K. Sorenson (président). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral*. 40^e lég., 3^e session. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/SECU/Reports/RP4864852/Securp04/Securp04-f.pdf>.
104. Chaimowitz, G. (2012). La criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale. Énoncé de principes de l'Association des psychiatres du Canada. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 57 (2), Encart 1-8.
105. Friedli, L.I. et Parsonage, M. (2009). *Promoting mental health and preventing mental illness: The economic case for investment in Wales*. Cardiff, Wales: All Wales Mental Health Promotion Network. Consulté à l'adresse <http://www.publicmentalhealth.org/Documents/749/Promoting%20Mental%20Health%20Report%20%28English%29.pdf>.
106. Hartford, K., Carey, R. et Mendonca, J. (2007). Pretrial court diversion of people with mental illness: Literature review. *The Journal of Behavioral Health Services et Research*, 34 (2), p. 198-205.
107. Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Côté, G., Latimer, E. A. et Seto, M. C. (2010). Individuals found not criminally responsible on account of mental disorder: Are we providing equal protection and equivalent access to mental health services across Canada? Commentary. *Canadian Journal of Community Mental Health / Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 29 (2), p. 1-8.

108. *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Dans Lois du Canada. (L.C. 1992, ch. 20). Consulté à l'adresse <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-44.6/>.
109. Service, J. (2010). *Sous mandat. Un examen de la mise en œuvre de la « Stratégie en matière de santé mentale » du Service correctionnel du Canada*. Ottawa : Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/oth-aut/oth-aut20100923-fra.aspx>.
110. Livingston, J. (2009). *Mental health and substance use services in correctional settings: A review of minimum standards and best practices* (p. 23). Vancouver : International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, University of British Columbia. Consulté à l'adresse http://www.icclr.law.ubc.ca/files/2009/Mental_Health.pdf.
111. Canada, Parlement, Chambre des communes. (2010). Comité permanent de la sécurité publique et nationale. K. Sorenson (président). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral*. 40^e lég., 3^e session. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/SECU/Reports/RP4864852/securp04/securp04-f.pdf>.
112. Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., Michalak, E. et Weaver, C. (2011). *Étude sur la perception et les interactions des personnes aux prises avec un trouble mental et la police*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
113. Coleman, T.G. et Cotton, D. (2010). *Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
114. Coleman, T.G. et Cotton, D. (2008). *Étude des programmes de formation et d'éducation offerts par les écoles de police aux nouveaux agents de police pour faciliter leur interaction avec des personnes atteintes de maladies mentales*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
115. Table de la santé mentale. (2011). *Forum de la Table de la santé mentale Quelles portes mènent où? Comment améliorer l'accès au service de santé mentale : obstacles, facilitateurs et occasions pour la santé mentale des Canadiens*. Consulté à l'adresse <http://cpa.ca/docs/file/Executive%20Office/MHTREPORT2011FRENCHFinal.pdf>.
116. Weinerman, R., Campbell, H., Miller, M., Stretch, J., Kallstrom, L., Kadlec, H. et Hollander, M. (2011). Improving mental healthcare by primary care physicians in British Columbia. *Healthcare Quarterly*, 14 (1), p. 36-38.
117. Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. (2008). *Approche systémique de la toxicomanie au Canada. Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*. Ottawa : Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. Consulté à l'adresse http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_Treatment/nts-report-fra.pdf.
118. Goldner, E., Jenkins, E., Palma, J. et Bilsker, D. (2011). *A concise introduction to mental health in Canada*. Toronto : Canadian Scholars Press.
119. Jensen, E., Forchuk, C., Seymour, B., Chapman, P., Witcher, P. et Davis, A. (2009). *An evaluation of community based discharge planning—final report*. Toronto : York University and Systems Enhancement Evaluation Initiative. Consulté à l'adresse https://www.ehealthontario.ca/portal/server.pt/community/seei_final_reports/2182.
120. Laurence, D., Kisely, S. et Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 55 (12), p. 752-760.
121. Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P. et Audet, D. (2011). L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée. Un énoncé de principes rédigé par le Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (5), Encart 1-8.
122. Craven, M.L. et Bland, R. (2006). Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51 (supplément), S7-S72.
123. Fuller, J.D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R. et Fragar, L. (2011). Building effective service linkages in primary mental health care: A narrative review. Part 2. *BMC Health Services Research*, 11 (66).
124. Lesage, A., Vasiliadis, H.M., Gagné, M.A., Dudgeon, S., Kasman, N.M. et Hay, C. (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Mississauga, Ontario : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Consulté à l'adresse http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/O9_Prevalence_FR.pdf.

125. Khan, S., McIntosh, C., Sanmartin, C., Watson, D. et Leeb, K. (2008). Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins. *Statistique Canada n° au catalogue n° 82-622-XIF2008002, n° 2. Statistique Canada Série de documents de travail de la recherche sur la santé, n° 2*. Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang=fra&catno=82-622-X2008002>.
126. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Centre d'échange des connaissances* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
127. Garinger, C. (2010). *2010 Evaluation report: Mind your mind. Ottawa: Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario*. Consulté à l'adresse http://mindyourmind.ca/images/stories/aboutMym/press/mym_Evaluation_March_2010.pdf.
128. IWK Health Centre. (s.d.). Strongest Families Research Team - Centre for Research in Family Health. *IWK Health Centre Research* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.iwk.nshealth.ca/index.cfm?objectid=8F8F8CF4-9797-3495-AD4214600A0CEE08>.
129. McGrath, P. J., Lingley-Pottie, P., Thurston, C., MacLean, C., Cunningham, C., Waschbusch, D. A. et Chaplin, W. (2011). Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: Randomized trials and overall analysis. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry, 50* (11), p. 1162-1172.
130. Canada, Parlement, Sénat. (2006). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. M.J.L. Kirby (président) et W.J. Keon (vice-président). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. 38^e lég., 1^{re} session, p. 91-98. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.
131. Goering, Paula. (2004). *Making a difference: Ontario's Community Mental Health Evaluation Initiative*. Toronto, ON : Association canadienne pour la santé mentale. Consulté à l'adresse http://www.ontario.cmha.ca/cmhei/images/report/Making_a_Difference.pdf.
132. Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. (2008). *Addressing emergency department wait times and enhancing access to community mental health and addictions services and supports*. Consulté à l'adresse <http://www.ontario.cmha.ca/submissions.asp?clD=25698>.
133. Association des psychiatres du Canada. (2006). *Établissement de priorités sur les délais d'attente touchant les personnes souffrant d'une maladie mentale grave* [énoncé de politique]. Consulté à l'adresse <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=384>.
134. Smith, D.H. et Hadron, D.C. (2002). Lining up for children's mental health services: A tool for prioritizing waiting lists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41* (4).
135. Saskatchewan. (s.d.). *Innovations in health care* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.health.gov.sk.ca/lean>.
136. McDaid, D. et Thornicroft, G. (2005). *Mental health II: Balancing institutional and community-based care*. Copenhague: Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/108952/E85488.pdf.
137. Association canadienne des centres de santé pédiatriques, National Infant Child and Youth Mental Health Consortium, et le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mental des enfants et des ados. (2010). *Access and wait times in child and youth mental health: A background paper submitted to the Institute of Human Development, Child and Youth Health*. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada. Consulté à l'adresse http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/policy_access_and_wait_times.pdf.
138. Lazar, S. G. (éd.). (2010). *Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
139. Briand C., Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L. et Villeneuve, K. (2006). Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: Clinical outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194* (7), p. 463-470.
140. Kutcher, S. et McLuckie, A. (2010). *Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
141. SEEI Coordinating Centre. (2009). *Moving in the right direction: SEEI final report*. Toronto, Ontario : Health Systems Research and Consulting Unit, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consulté à l'adresse http://www.ontario.cmha.ca/admin_ver2/maps/seei_final_report.pdf.
142. Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T. et Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. *Health and Social Care in the Community, 19* (2), p. 113-125.
143. Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. (2008). *Addressing emergency department wait times and enhancing access to community mental health and addictions services and supports*. Consulté à l'adresse <http://www.ontario.cmha.ca/submissions.asp?clD=25698>.

144. Goering, Paula. (2004). *Making a difference: Ontario's Community Mental Health Evaluation Initiative*. Toronto, Ontario : Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. Consulté à l'adresse http://www.ontario.cmha.ca/cmhei/images/report/Making_a_Difference.pdf.
145. Knapp, M., McDaid, D. et Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and prevention: The economic case*. Londres, R.-U. : Department of Health.
146. McDaid, D. et Thornicroft, G. (2005). *Mental health II: Balancing institutional and community-based care*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/108952/E85488.pdf.
147. Coombs, T., Walter, G. et Brann, P. (2011). Overview of the national mental health benchmarking project. *Australian Psychiatry*, 19 (1), p. 37-44.
148. Lesage, A., Gélinas, D., Robitaille, D., Dion, É., Frezza, D. et Morissette, R. (2003). Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 48 (7), p. 485-492.
149. Fraser Health. (s.d.). *About EPI. Psychosis Sucks* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.psychosissucks.ca/epi/aboutepi.cfm#frasersouth>.
150. Lin, E., Diaz-Granados, N., Steward, D.E. et Bierman, A.S. (2011). Postdischarge care for depression in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (8), p. 481-489.
151. Ramasubbu, R. (2011). Accès aux nouveaux médicaments. Énoncé de principes. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (7), encart 1-10.
152. MacCourt, P., Wilson, K. et Tourigny-Rivard, M-F. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse: <http://www.commissionsantementale.ca>.
153. Rodriguez, P.L., Richard, P., Benisty, L., Cyr, C. et Goulet, M. (2011). La gestion autonome de la médication : Une pratique au service du mieux-être. *Le partenaire*, 19 (4), p. 21-24.
154. National Coalition on Dual Diagnosis. (2011). *Moving forward: National action on dual diagnosis in Canada*. Consulté à l'adresse http://care-id.com/wp-content/uploads/2011/11/moving_forward.pdf.
155. Looper, K., Fielding, A., Latimer, E. et Amir, E. (1998). Improving access to family support organizations: A member survey of the AMI-Quebec Alliance for the Mentally Ill. *Psychiatric Services*, 49, p. 1491-1492.
156. Grey Bruce Community Health Corporation et Grey Bruce Health Services. (2009). Family Crisis Support Project: A collaborative approach to serving families in Grey Bruce. *Proceedings from the 2009 Making Gains Conference*. Toronto, Ontario : Association canadienne pour la santé mentale, Ontario.
157. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Projet des pairs* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
158. O'Hagan M., Cyr, C., McKee, H. et Priest, R. (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
159. O'Hagan M., Cyr, C., McKee, H. et Priest, R. (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
160. Thomson, A. et Baker, K. (2004). *Family mental health recovery series* [plan de course 2006]. Toronto, Ontario : Family Outreach and Response Program. Consulté à l'adresse <http://www.familymentalhealthrecovery.org/conference/handouts/Workshop%2013/Family%20and%20Recovery%20Series%20Outline.pdf>.
161. Pickett-Schenk, S.A., Lippincott, R.C., Bennett, C. et Steigman, P.J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: *The journey of hope*. *Psychiatric Services*, 59 (1), p. 49-56.
162. Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C.H., Postrado, L. et Hoffman, M. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (3), p. 207-215.
163. Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R. et Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 2—A quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34 (3), p. 261-272.

164. O'Hagan M., Cyr, C., McKee, H. et Priest, R. (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
165. Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. et Davidson, L. (2006). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (4), p. 336-347.
166. Trainor, J., Pomeroy, E. et Pape, B. (2004). *A framework for support* (3^e éd.). Toronto : Association canadienne pour la santé mentale, siège social. Consulté à l'adresse http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/120_Framework3rdEd_Eng.pdf.
167. Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social. (2011). *Le logement : la clé du rétablissement. Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
168. Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Améliorer la santé des Canadiens. Santé mentale et itinérance*. Consulté à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/mental_health_report_aug22_2007_f.pdf.
169. Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Chez Soi : Rapport sur les résultats préliminaires. Volume 2*. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
170. Ville de Toronto. (2007). *What Housing First means for people: Results of streets to homes 2007 post-occupancy research*. Consulté à l'adresse <http://www.toronto.ca/housing/pdf/results07postocc.pdf>.
171. Culhane, D.P., Metraux, S. et Hadley, T. (2002). Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing. *Housing Policy Debates*, 13 (1), p. 107-163.
172. Gilmer, T., Stefancic, A., Ettner, S.L., Manning, W.G. et Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67 (6), p. 645-652.
173. Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social. (2011). *Le logement : la clé du rétablissement. Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
174. Ville de Toronto. (2007). *What Housing First means for people: Results of streets to homes 2007 post-occupancy research*. Consulté à l'adresse <http://www.toronto.ca/housing/pdf/results07postocc.pdf>.
175. Perlman, J. et Parvensky, J. (2006). *Denver Housing First Collaborative: Cost benefit analysis and program outcomes report*. Denver: Colorado Coalition for the Homeless. Consulté à l'adresse <http://mdhi.org/download/files/Final%20DHFC%20Cost%20Study.pdf>.
176. Colombie-Britannique, ministère du Développement social et de la Sécurité économique. (2001). *Homelessness causes and effects: The costs of homelessness in British Columbia* (Vol. 3). Consulté à l'adresse <http://www.housing.gov.bc.ca/pub/Vol3.pdf>.
177. Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social. (2011). *Le logement : la clé du rétablissement. Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
178. Association canadienne pour la santé mentale (Ontario) et Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). *Employment and education for people with mental illness: Discussion paper*. Consulté à l'adresse <http://www.ontario.cmha.ca/backgrounders.asp?clD=449205>.
179. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
180. Association canadienne pour la santé mentale (Ontario) et Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). *Employment and education for people with mental illness: Discussion paper*. Consulté à l'adresse <http://www.ontario.cmha.ca/backgrounders.asp?clD=449205>.

181. Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M. et Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, p. 65-73.
182. Waghorn, G., Chant, D. et Whiteford, H. (2003). The strength of self-reported course of illness in predicting vocational recovery for persons with schizophrenia. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, p. 33-41.
183. Best, L. J., Still, M. et Cameron, G. (2008). Supported education: Enabling course completion for people experiencing mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, p. 65-68.
184. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Chez Soi* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
185. Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *The social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto : York University School of Health Policy and Management. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf.
186. Dore, G. et Romans, S. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67 (1), p. 147-58.
187. Canada, Parlement, Sénat. (2006). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. M.J.L. Kirby (président) et W.J. Keon (vice-président). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. 38^e lég., 1^{re} session. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.
188. Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M. et Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, p. 65-73.
189. Kirsh, B., Dewa, C., Krupa, T., Trainor, J., Nailor, W. et coll. (2012). *The aspiring workforce: Employment and income for people with mental illness*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
190. Conseil canadien de la santé. (2010). *Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. Consulté à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.40-HCC_HealthPromo_Dec2010_FRE.pdf.
191. Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: *The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Londres, R.-U. : Institute of Health Equity, University College London. Consulté à l'adresse <http://www.instituteofhealthequity.org/Content/FileManager/pdf/fairsocietyhealthylives.pdf>.
192. *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain*. (s.d.). Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>.
193. Conseil canadien de la santé. (2010). *Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. Consulté à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.40-HCC_HealthPromo_Dec2010_FRE.pdf.
194. Ministère de la Santé, gouvernement de l'Ontario. (2011). *Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/>.
195. Alboim, N. et McIsaac, E. (2007). Making the connections: Ottawa's role in immigrant employment. *IRPP Choices*, 13 (3). Consulté à l'adresse <http://www.irpp.org/choices/archive/vol13no3.pdf>.
196. McKenzie, K., Hansson, E., Tuck, A., Lam, J et Jackson, F. (2009). *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
197. Martin, S.S., Trask, J., Peterson, T., Martin, B.C., Balwin, J. et Knapp, M. (2010). Influence of culture and discrimination on care-seeking behavior of elderly African Americans: A qualitative study. *Social Work in Public Health*, 25 (3-4), p. 311-326.
198. Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. Dans D.T. Gilbert , S.T. Fiske et G. Lindzey (éd.), *The handbook of social psychology* (4^e éd.). New York: Guilford Press.
199. Hong Fook Mental Health Association. (s.d.). *Journey to Promote Mental Health Interim Report*. Présentation Power Point.
200. McKenzie, K., Hansson, E., Tuck, A., Lam, J et Jackson, F. (2009). *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.

201. Indigenous Physicians Association of Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2009). *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit and Métis patients: A core curriculum for residents and physicians*. Winnipeg et Ottawa : IPAC-RCPSC Core Curriculum Development Working Group. Consulté à l'adresse http://ipac-amic.org/wp-content/uploads/2011/10/21118_RCPSC_CoreCurriculum_Binder.pdf.
202. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Le développement des soins adaptés sur le plan culturel* [énoncé de position]. Consulté à l'adresse http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73_Promoting_Culturally_Compentent_Care_March_2004_f.pdf.
203. Statistique Canada. (2007). Immigration, citoyenneté, langue, mobilité et migration. *Le Quotidien, le 4 décembre*. Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/071204/dq071204a-fra.htm>.
204. Université McGill. (s.d.). *Centre de ressources multiculturelles en santé mentale* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.mcgill.ca/mmhrc/fr>.
205. Across Boundaries. (s.d.). *Across Boundaries* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.acrossboundaries.ca/index.html>.
206. Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Chez Soi : Rapport sur les résultats préliminaires. Volume 2*. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
207. Northwest Territories Health and Social Services. (2009). *Mental Health and Addictions Community Counselling Program. Program and client performance indicators. Outcome measures report*. Consulté à l'adresse http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental_health_and_addictions/2009/english/mental_health_and_addictions_community_counseling_program.pdf.
208. Manahan, C.M., Hardy, C.L. MacLeod, M.L.P. (2009). Personal characteristics and experiences of long-term allied health professionals in rural and northern British Columbia. *Rural and Remote Health, 9* (4), p. 1238. Consulté à l'adresse http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1238.pdf.
209. Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa : Santé Canada. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php>.
210. Corbeil, J-P., Grenier, C. et Lafrenière, S. (2006). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*. Statistique Canada, Catalogue n° 91-548-X. Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-548-x/91-548-x2007001-fra.pdf>.
211. Statistique Canada. (2007). *Recensement de 2006 : Le portrait linguistique en évolution*, Statistique Canada. (2007). *The evolving linguistic portrait, 2006 Census*. Statistique Canada, Catalogue n° 97-555-XIE. Série Analyses du Recensement de 2006. Consulté à l'adresse <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-555/p6-fra.cfm>.
212. Corbeil, J-P., Grenier, C. et Lafrenière, S. (2006). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*. Statistique Canada, Catalogue n° 91-548-X. Consulté à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-548-x/91-548-x2007001-fra.pdf>.
213. Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities. (2007). *Building on the foundations: Working toward better health outcomes and improved vitality of Quebec's English-speaking communities*. Consulté à l'adresse <http://www.chssn.org/Document/Government/Final-Compendium-v23.pdf>.
214. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
215. Organisation mondiale de la santé. (2002). *Gender and mental health*. Consulté à l'adresse <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>.
216. Abel, K.M., Drake, R. Goldstein, J.M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 22* (5), p. 417-428.
217. Organisation mondiale de la santé. (2002). *Gender and mental health*. Consulté à l'adresse <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>.
218. Groupe de travail ad hoc sur les femmes, la santé mentale, l'utilisation de substances et la toxicomanie. (2006, révisé et mis à jour en 2008). *Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon*. Winnipeg, Manitoba : Réseau canadien pour la santé des femmes. Consulté à l'adresse http://www.cwhn.ca/PDF/CWHN%20BackgrounderMentalhealth_updated_FR.pdf.
219. Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Gender and mental health*. Consulté à l'adresse <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>.
220. Oliffe, J.L. et Phillips, M.J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health, 5* (3), p. 194-202.
221. Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129* (5), p. 674-697.

222. Balsam, K.F., Rothblum, E. D. et Beauchaine, T. P. (2005). Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), p. 477-487.
223. Doty, S.D., Willoughby, B.L.B., Lindahl, K.M. et Malik, N.M. (2010). Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (10), p. 1134-1147.
224. Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D. et Sanchez, D.R. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23 (4), p. 205-213.
225. Brotman, S. et Ryan, B. (2008). *Healthy aging for gay and lesbian seniors in Canada*. Montréal, Québec : Université McGill, École de travail social. Consulté à l'adresse <http://www.rainbowhealthontario.ca/resources/searchResults.cfm?mode=3&resourceID=182eeb51-3048-8bc6-e8cc-1c95ec6d5795>.
226. Carr, S. (2010). Seldom heard or frequently ignored? Lesbian, gay and bisexual (LGB) perspectives on mental health services. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 3 (3), p. 14-23.
227. Maccio, E.M. et Doueck, H.J. (2002). Meeting the needs of the gay and lesbian community. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14 (4), p. 55-73.
228. Luckstead, A. (2008). Lesbian, gay, bisexual, and transgender people receiving services in the public mental health system: Raising issues. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8 (3-4), p. 25-42.
229. Canada, Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *À l'aube d'un rapprochement: Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Consulté à l'adresse <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597/1100100014637>.
230. Chansonneuve, D. (2005). *Retisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones*. Ottawa, Ontario : Fondation autochtone de guérison. Consulté à l'adresse <http://www.fadg.ca/downloads/reclaiming-manual.pdf>.
231. Mussell, B., Adler, M., Hanson, G., White, J. et Smye, V. (2011). *Holding hope in our hearts: Relational practice and ethical engagement in mental health and addictions*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
232. Mussell, B., Adler, M., Hanson, G., White, J. et Smye, V. (2011). *One focus, many perspectives: A curriculum for cultural safety and cultural competence education*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
233. Chandler, M. J. et Lalonde, C. E. (2008). *Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. Horizons-A Special Issue on Aboriginal Youth, Hope or Heartbreak: Aboriginal Youth and Canada's Future*, 10 (1), p. 68-72. Consulté à l'adresse <http://www2.psych.ubc.ca/~chandlerlab/Chandler%20et%20Lalonde%20%282008%29.pdf>.
234. Canada, Santé Canada. (s.d.). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Santé mentale et bien-être* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>.
235. Working Group for a Suicide Prevention Strategy for Nunavut. (2009). *Qaujijausimajuni Tunngaviqarniq: Using knowledge and experience as a foundation for action. A discussion paper on suicide prevention in Nunavut*. Consulté à l'adresse <http://www.gov.nu.ca/suicide/SP%20WG%20discussion%20paper%20E.pdf>.
236. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (s.d.). *Notre mandat* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=19>.
237. Chansonneuve, D. (2005). *Retisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones*. Ottawa, Ontario : Fondation autochtone de guérison. Consulté à l'adresse <http://www.fadg.ca/downloads/reclaiming-manual.pdf>.
238. The First Nations and Inuit Mental Wellness Advisory Committee. (2007). *Strategic action plan for First Nations and Inuit mental wellness* (ébauche). Consulté à l'adresse <http://www.indigenous-mental-health.ca/index.php/online-library?sobi2Task=sobi2Detailsetsobi2Id=204>.
239. Blackstock, C. (2009). Why addressing the over-representation of First Nations children in care requires new theoretical approaches based on First Nations ontology. *The Journal of Social Work Values and Ethics*, 6 (3).
240. Canada, Bureau du vérificateur général du Canada. (2008). *Rapport de la vérificatrice générale du Canada (Chapitre 4) : Le programme des services à l'enfance et à la famille des Premières nations—Affaires indiennes et du Nord Canada*. Consulté à l'adresse http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200805_04_f_30700.html.
241. Canada, Bureau de l'enquêteur correctionnel. (2011). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2010-2011*. Consulté à l'adresse <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20102011-fra.aspx>.

242. Canada, Santé Canada. (s.d.). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Santé mentale et bien-être* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>.
243. Kwanlin Dun First Nation. (s.d.). *Kwanlin Dun Justice Department* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.kwanlindun.com/justice>.
244. The First Nations and Inuit Mental Wellness Advisory Committee. (2007). *Strategic action plan for First Nations and Inuit mental wellness* (ébauche). Consulté à l'adresse <http://www.indigenous-mental-health.ca/index.php/online-library? sobi2Task=sobi2Detailsetsobi2Id=204>.
245. Mussell, B., Adler, M., Hanson, G., White, J. et Smye, V. (2011). *Holding hope in our hearts: Relational practice and ethical engagement in mental health and addictions*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
246. Alianait Inuit-Specific Mental Wellness Task Group. (2007). *Alianait Mental Wellness Action Plan*. Ottawa: Inuit Tapiriit Kanatami. Consulté à l'adresse <http://www.itk.ca/publication/alianait-inuit-mental-wellness-action-plan>.
247. Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2007). *Sivumuapallianiq—Journey forward. National Inuit residential schools healing strategy*. Consulté à l'adresse http://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/2011/01/JourneyForward_ENG.pdf.
248. King, D. (2006). *Bref compte-rendu du Régime des pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada*. Ottawa, Ontario : Fondation autochtone de guérison. Consulté à l'adresse <http://www.fadg.ca/downloads/king-summary.pdf>.
249. Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2007). *Sivumuapallianiq—Journey forward. National Inuit residential schools healing strategy*. Consulté à l'adresse http://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/2011/01/JourneyForward_ENG.pdf.
250. Inuit Tapiriit Kanatami. (2004). *Backgrounder on Inuit health*.
251. Ilisaqsivik. (s.d.). *Ilisaqsivik Family Resource Centre* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.ilisaqsivik.ca/eng/home.html>.
252. Ralliement national des Métis. (s.d.). *The Métis Nation* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis>.
253. The Métis National Environment Committee. (2011). *Métis traditional knowledge*. Ottawa: Ralliement national des Métis. Consulté à l'adresse <http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2011/05/Metis-Traditional-Knowledge.pdf>.
254. Teillet, J. (2011). *Métis law in Canada*. Toronto: Pape Salter Teillet. Consulté à l'adresse <http://www.pstlaw.ca/resources/MLIC-2011.pdf>.
255. Métis Child, Family and Community Services. (2011). *Annual Report April 1 2010 to March 31 2011*. Consulté à l'adresse http://metisfcs.mb.ca/docs/MCFCS_Annual_Report_2010_2011.pdf.
256. Teillet, J. (2011). *Métis law in Canada*. Toronto: Pape Salter Teillet. Consulté à l'adresse <http://www.pstlaw.ca/resources/MLIC-2011.pdf>.
257. Martens, P., et Bartlett, J. (2010). *Profile of Métis health status and healthcare utilization in Manitoba: A population-based study*. Manitoba : Manitoba Centre for Health Policy in collaboration with the Manitoba Métis Federation. Consulté à l'adresse http://mchp-appserv.cpeumanitoba.ca/reference/Metis_Health_Status_Full_Report.pdf.
258. Ralliement national des Métis. (s.d.) *The Métis Nation* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis>.
259. Statistique Canada. (2008). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*. Statistique Canada, Catalogue n° 97-558-XIF2006001. Consulté à l'adresse <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm>.
260. Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal peoples study: Main report*. Consulté à l'adresse http://uaps.ca/wp-content/uploads/2010/03/UAPS-Main-Report_Dec.pdf.
261. Statistique Canada. (2008). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*. Statistique Canada, Catalogue n° 97-558-XIF2006001. Consulté à l'adresse <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm>.
262. Association nationale des centres d'amitié. (s.d.) *Urban Aboriginal women: Social determinants of health and well-being*. Consulté à l'adresse <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/NAFC-UrbanAboriginalWomen.pdf>.
263. Ibid.
264. Gough, P., Shlonsky, A. et Dudding, P. (2009). An overview of the child welfare systems in Canada. *International Journal of Child Health and Human Development*, 2 (3), p. 357-372.
265. Canada, Sécurité publique Canada. (2009). *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Consulté à l'adresse <http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/2009-ccrso-fra.aspx#c11>.
266. Mann, M.M. (2009). *De bonnes intentions... des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtone*. Ottawa, Ontario : Bureau de l'enquêteur correctionnel. Consulté à l'adresse <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/oth-aut/oth-aut20091113-fra.aspx>.

267. Her Majesty's Government, Department of Health. (2011). *No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. Consulté à l'adresse http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124058.pdf.
268. Commonwealth of Australia. (2009). *Fourth national mental health plan—An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Consulté à l'adresse [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/360EB32114EC906CA2576700014A817/\\$File/plan09v2.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/360EB32114EC906CA2576700014A817/$File/plan09v2.pdf).
269. Manitoba. (s.d.). *Enfants en santé Manitoba* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.govmb.ca/healthychild/index.fr.html>.
270. Nouveau-Brunswick. (2009). *Ensemble pour vaincre la pauvreté. Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick*. Consulté à l'adresse <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/Plan-f.pdf>.
271. Alberta, ministère de la Justice. (s.d.). *Safe communities* [site web]. Consulté à l'adresse http://justice.alberta.ca/programs_services/safe/Pages/default.aspx.
272. Conseil canadien de la santé. (2010). *Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. Consulté à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.40-HCC_HealthPromo_Dec2010_FRE.pdf.
273. Manitoba. (s.d.). *Enfants en santé Manitoba* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/healthychild/index.fr.html>.
274. Sweet, M.A., et Appelbaum, M.I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75 (5), p. 1435-1456.
275. Prinz, R.J., Sanders, M.R., Shapiro, C.J., Whitaker D.J., et Lutzker, J.R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P System population trial. *Prevention Science*, 10 (1), p. 1-12.
276. Kellam, S.G., Mackenzie, A.C.L., Hendricks Brown, C., Poduska, J.M., Wang, W., Petras, H., et Wilcox, H.C. (2011). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*, 6 (1), p. 73-84.
277. Santos, R.G., Chartier, M.J., Whalen, J.C., Chateau, D. et Boyd, L. (2011). Effectiveness of school-based violence prevention for children and youth: A research report. *Healthcare Quarterly*, 14 (numéro spécial 2), p. 80-91.
278. Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. (2000). *A call for action: Building consensus for a national action plan on mental illness and mental health* [document de discussion]. Consulté à l'adresse <http://www.cpa-apc.org/media.php?mid=1476>.
279. Community Care Information Management. (s.d.). *Community Mental Health Common Assessment Project* [site web]. Consulté à l'adresse <https://www.ccim.on.ca/CMHA/OCAN/default.aspx>.
280. Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T. et Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, p. 589-595.
281. Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.). *Centre d'échange des connaissances* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
282. Hoge, M.A., Huey, L.Y. et O'Connell, M. (2004). Best practices in behavioural health workforce education and training. *Administration and Policy in Mental Health*, 32 (2), p. 91-106.
283. Sargeant, J.K., Adey, T., McGregor, F., Pearce, P., Quinn, D., Milev, R., . . . Dada, N. (2010). Psychiatric human resources planning in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 55 (9), encart 1-20.
284. Grimes, K. et Roberts, G. (2010). *Project IN4M: Integrating needs for mental well-being into human resource planning: literature review and environmental scan*. Ottawa : Association canadienne pour la santé mentale et Santé Canada. Consulté à l'adresse http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/3570_IN4M%20Final%20Literature%20Review%20and%20Environmental%20Scan.pdf.
285. Reid, G.J. et Brown, J.B. (2008). Money, case complexity, and wait lists: Perspectives on problems and solutions at children's mental health centres in Ontario. *Journal of Behavioural Health Services and Research*, 35 (3), p. 334-346.
286. Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances, Groupe sur le renforcement des ressources humaines. (2010). *Strengthening the Workforce Theme Group Paper*.
287. Mental Health Council of Australia. (s.d.). *Mental Health Council of Australia* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.mhca.org.au/>.
288. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
289. Lim, K., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C.S. (2008). Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 28 (3), p. 103-110.

290. Sairanen, S., Matzanke, D., et Smeall, D. (2011). The business case: Collaborating to help employees maintain their mental well-being. *Healthcare Papers*, 11, p. 78-84.
291. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S., et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
292. Ibid.
293. Ibid.
294. Smith, J.P. et Smith, G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science and Medicine*, 71 (1), p. 110-115.
295. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
296. Friedli, L. et Parsonage, M. (2007). *Mental health promotion: Building an economic case*. Belfast : Northern Ireland Association for Mental Health. Consulté à l'adresse http://www.chex.org.uk/media/resources/mental_health/Mental%20Health%20Promotion%20-%20Building%20an%20Economic%20Case.pdf.
297. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.
298. Smith, J.P. et Smith, G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science and Medicine*, 71 (1), p. 110-115.
299. Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social. (2011). *Le logement : la clé du rétablissement. Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>.
300. Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H., Escobar, C., Mulvale, G. et Yim, R. (2010). *The cost of mental health and substance abuse services in Canada*. Edmonton, Alberta : Institute of Health Economics. Consulté à l'adresse <http://www.ihe.ca/documents/Cost%20of%20Mental%20Health%20Services%20in%20Canada%20Report%20June%202010.pdf>.
301. Partenaires pour la santé mentale. (s.d.). *Partenaires pour la santé mentale* [site web]. Consulté à l'adresse <http://www.partenairespourlasm.ca>.