

SENATE



SÉNAT

RAPPORT 3

# Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie:

## Problèmes et options pour le Canada

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

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

Novembre 2004

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



Disponible sur l'internet Parlementaire:  
[www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)  
(Travaux des comités – Sénat – Rapports)  
38<sup>e</sup> législature – 1<sup>ère</sup> session

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

Rapport provisoire au sujet de :  
La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie

Rapport 3  
SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE:  
PROBLÈMES ET OPTIONS POUR LE CANADA

*Président*

L'honorable Michael J.L. Kirby

*Vice-président*

L'honorable Wilbert Joseph Keon

Novembre 2004



## TABLE DES MATIÈRES

---

TABLE DES MATIÈRES.....	i
ORDRE DE RENVOI.....	iii
SÉNATEURS .....	iv
INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE 1: PRESTATION DES SERVICES ET DES MOYENS DE SOUTIEN</b> .....	<b>5</b>
1.1 SYSTÈME AXÉ SUR LE PATIENT/CLIENT ET ORIENTÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT PAR LE BIAIS DE PLANS D'INTERVENTION PERSONNALISÉS .....	5
1.2 PRESTATION DE SERVICES ET DE MOYENS DE SOUTIEN COMPATIBLES AVEC LA CULTURE DES PATIENTS/CLIENTS .....	7
1.3 COORDINATION ET INTÉGRATION DU SYSTÈME PRIVILÉGIANT UNE PRESTATION COMMUNAUTAIRE .....	7
1.4 DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCES.....	9
1.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS .....	10
<b>CHAPITRE 2: GROUPES ET SOUS-GROUPES CONCERNÉS .....</b>	<b>13</b>
2.1 ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	13
2.2 AUTOCHTONES.....	15
2.3 PERSONNES ÂGÉES .....	17
2.4 CAS COMPLEXES.....	19
<b>CHAPITRE 3: MILIEU DE TRAVAIL .....</b>	<b>21</b>
3.1 EMPLOYEURS.....	21
3.2 COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL .....	23
3.3 PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE LA SÉCURITÉ DU REVENU .....	24
3.4 GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EMPLOYEUR DE TAILLE ...	25
<b>CHAPITRE 4: PROBLÈMES PARTICULIERS.....</b>	<b>27</b>
4.1 COMBATTRE LA STIGATISATION ET LA DISCRIMINATION .....	27
4.2 PRÉVENTION DU SUICIDE.....	29

<b>CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>33</b>
5.1 OFFRE DE RESSOURCES HUMAINES .....	33
5.2 SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES .....	34
5.3 TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES ET POLICIERS .....	36
5.4 SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS.....	37
<b>CHAPITRE 6: BANQUE D'INFORMATION NATIONALE, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE.....</b>	<b>39</b>
6.1 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES.....	39
6.2 BANQUE D'INFORMATION NATIONALE.....	40
6.3 RECHERCHE .....	41
6.4 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS.....	44
6.5 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS .....	48
<b>CHAPITRE 7: LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL .....</b>	<b>51</b>
7.1 RÔLE DIRECT.....	51
7.2 RÔLE INDIRECT.....	52
7.3 COLLABORATION INTERGOUVERNEMENTALE.....	54
7.4 PLAN D'ACTION NATIONAL.....	56
<b>CHAPITRE 8: FINANCEMENT DE LA RÉFORME, RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES.....</b>	<b>59</b>
8.1 NIVEAU DE FINANCEMENT .....	59
8.2 FINANCEMENT DISTINCT .....	61
8.3 RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES .....	61
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37<sup>E</sup> LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004) .....</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37<sup>E</sup> LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003).....</b>	<b>IX</b>
<b>ANNEXE C: LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE .....</b>	<b>XV</b>

## ORDRE DE RENVOI

---

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déferés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

## SÉNATEURS

---

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

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

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck  
Ethel M. Cochrane  
Joan Cook  
Jane Mary Cordy  
Joyce Fairbairn, P.C.  
Aurélien Gill  
Janis G. Johnson  
Marjory LeBreton  
Viola Léger  
Yves Morin  
Lucie Pépin  
Brenda Robertson (retraîtée)  
Douglas Roche (retraité)  
Eileen Rossiter (retraîtée)  
Marilyn Trenholme Counsell

*Membres d'office du Comité:*

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

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

Les honorables sénateurs Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne et Murray.





# SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE: PROBLÈMES ET OPTIONS POUR LE CANADA

## INTRODUCTION

---

**D**ous allons passer brièvement en revue les grands problèmes que posent la prestation des services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie au Canada, proposer des pistes de solutions pour certains d'entre eux et lancer un débat public qui permettra aux Canadiens de donner leur opinion sur la façon de les régler.

Deux autres rapports résumant les données dont nous nous sommes servis viennent compléter ce document qui présente les problèmes et les solutions. Le premier, intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, donne un aperçu des politiques et des services au pays en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie.<sup>1</sup> Le second, intitulé *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, décrit les politiques et programmes en vigueur dans quatre pays – l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis – et en tire des conclusions applicables à la réforme du domaine de la santé mentale au Canada.<sup>2</sup> Le Comité incite ardemment les intéressés à lire attentivement les deux rapports complémentaires avant de préparer leurs interventions.

Les problèmes, principes, questions et solutions que nous exposons ci-dessous sont en partie le produit de ce que le Comité a appris aux audiences publiques qu'il a tenues entre février 2003 et mai 2004. Il en entendu 104 témoins en 24 séances publiques qui ont duré 55 heures en tout. De plus, le Comité a reçu 43 lettres et 114 mémoires, commandé deux études (l'une sur la recherche et l'autre sur les questions d'éthique) et fait librement usage des publications des théoriciens autant que des praticiens sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Le Comité est impatient de savoir quelles politiques gouvernementales, tant au palier provincial/territorial que fédéral, les Canadiens privilégient pour résoudre les problèmes soulevés ci-après. Il tiendra des séances publiques dans tout le pays de février à juin 2005 avant de publier, en novembre 2005, ses recommandations sur la meilleure façon de régler les problèmes et questions traités.

**Le Comité tiendra des séances publiques dans tout le pays de février à juin 2005 avant de publier, en novembre 2005, ses recommandations sur la meilleure façon de régler les problèmes et questions traités.**

---

<sup>1</sup> Ci-après le « Premier rapport ».

<sup>2</sup> Ci-après le « Deuxième rapport ».

Le présent document Problèmes et options peut être considéré comme un sommaire des constatations et observations présentées dans les deux rapports complémentaires. Il ne saurait en être dissocié et il renvoie d'ailleurs constamment à ceux-ci. **Par conséquent, le Comité encourage instamment les lecteurs à consulter les sections pertinentes des premier et deuxième rapports à mesure qu'ils examinent les problèmes, questions et options présentés ci-après.**

Le plan du rapport reflète le parti pris de notre étude pour la perspective du patient/client. Ainsi, les problèmes de prestation des services sont analysés du point de vue de la personne qui bénéficie du service ou moyen de soutien plutôt que de celui de l'établissement ou organisme qui le fournit. Par ailleurs, les problèmes sont traités en fonction des besoins propres à certains segments de la population – enfants et adolescents, personnes âgées, Canadiens autochtones, patients au cas complexe – et non du type de trouble mental.

Nous traitons aussi des services et des moyens de soutien nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins du patient/client et soulevons des questions à propos des politiques gouvernementales à adopter compte tenu des problèmes de ressources humaines en santé mentale, de la réforme des soins de santé primaires, de la recherche en santé mentale et de l'usage de la technologie (p. ex. dossiers électroniques des patients et télésanté).

Enfin, nous présentons en conclusion une série de questions sur le rôle que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient être appelés à jouer pour améliorer le réseau canadien des services en santé mentale et en toxicomanie. Par exemple, quels devraient être les éléments clés des plans d'action fédéraux et provinciaux pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Comment faudrait-il contrôler la mise en œuvre de ces plans? Comment et à qui les gouvernements devraient-ils rendre compte de la mise en œuvre de leurs plans? Comment devrait-on financer l'amélioration des services en santé mentale et du traitement de la toxicomanie? S'il faut augmenter les budgets, comment obtenir les montants supplémentaires et de quelles sources?

**Le Comité est conscient que s'il est bien de faire des recommandations, encore faut-il que celles-ci soient mises en œuvre pour que tout son travail sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soit vraiment utile.**

Le Comité presse tous ceux et toutes celles qui s'intéressent à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie de participer à la phase consultative prochaine, soit en venant témoigner entre février et juin 2005, soit en faisant parvenir une lettre ou un mémoire exposant votre opinion. La qualité de notre rapport final et de nos recommandations, voire le bien-être de tous ceux qui sont aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie au Canada dépendent de la libre discussion des problèmes, des questions et des options exposés ci-dessous et de l'abondance des commentaires qui nous seront transmis.

**Le Comité comprend parfaitement qu'il ne pourra y avoir progrès que lorsqu'une très forte proportion de ceux qui s'occupent de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie seront disposés à contribuer tangiblement au changement, notamment en modifiant, à leur niveau, leur participation au « système ».**

Le Comité est conscient que s'il est bien de faire des recommandations, encore faut-il que celles-ci soient mises en œuvre pour que tout son travail sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soit vraiment utile. Il sait aussi qu'une étude, même très solide, aboutit invariablement sur les tablettes si les recommandations qu'elle contient se heurtent à une trop forte résistance de la part des principaux intéressés. Par conséquent, le Comité a particulièrement hâte de connaître le point de vue de ces principaux intéressés sur les solutions pratiques exposées ici afin d'optimiser les chances que ses recommandations ne restent pas sans suite. Compte tenu du degré de résistance au changement qu'on trouve dans tout grand système, en particulier dans un système qui regroupe autant d'intervenants que la santé mentale et la toxicomanie, il est difficile de produire des recommandations qui peuvent être mises en pratique et qui le seront effectivement. C'est pourtant l'objectif primordial du Comité. Cela dit, le Comité comprend parfaitement qu'il ne pourra y avoir progrès que lorsqu'une très forte proportion de ceux qui s'occupent de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie seront disposés à contribuer tangiblement au changement, notamment en modifiant, à leur niveau, leur participation au « système ».



## CHAPITRE 1:

# PRESTATION DES SERVICES ET DES MOYENS DE SOUTIEN

---

Le système envisagé par le Comité pour la santé mentale et le traitement de la toxicomanie a deux caractéristiques clés : il est axé sur le patient et sur son rétablissement. Il adapte ses services pour qu'ils répondent aux besoins du patient/client dans le respect de ses sensibilités culturelles. Il assure le diagnostic et le traitement précoces du patient dès les premiers signes de maladie mentale ou de toxicomanie.

C'est aussi un système parfaitement intégré dans lesquels les services et moyens de soutien sont accessibles, de grande qualité et bien coordonnés. Nous rejetons dès lors carrément l'actuelle approche du cloisonnement des services en santé mentale et en toxicomanie (également appliquée dans une trop grande partie du réseau des services de santé en général).

### 1.1 SYSTÈME AXÉ SUR LE PATIENT/CLIENT ET ORIENTÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT PAR LE BIAIS DE PLANS D'INTERVENTION PERSONNALISÉS

L'une des principales critiques formulées à l'endroit des services et des moyens de soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada, tient à ce que le système s'organise surtout autour du fournisseur (et souvent pour sa commodité à lui) plutôt qu'autour du patient/client. Au lieu de s'adapter aux besoins des patients/clients atteint de maladie mentale ou de toxicomanie, on demande à ces derniers de s'adapter au système et de se contenter des services et des moyens de soutien qu'il est en mesure de leur fournir.<sup>3</sup>

**L'une des principales critiques formulées à l'endroit des services et des moyens de soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada, tient à ce que le système s'organise surtout autour du fournisseur (et souvent pour sa commodité à lui) plutôt qu'autour du patient/client.**

Voilà une constatation assez accablante, d'autant plus qu'elle est confirmée par plusieurs études provinciales ayant reconnu qu'il faut recentrer sur l'individu la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie. Pour améliorer la qualité de vie des patients/clients, il faudrait offrir sans délai des traitements, des services et des moyens de soutien sûrs et efficaces qui s'articuleraient autour des besoins des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie.<sup>4</sup>

**Fournir des services et des moyens de soutien conçus expressément pour le patient est essentiel à son rétablissement.**

Notre analyse internationale comparée montre que, dans les autres pays, on a précisément recentré le

---

<sup>3</sup> Premier rapport, chapitre 8.

<sup>4</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

système sur le patient/client dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie.<sup>5</sup> Ainsi, dans certains pays, chaque patient atteint de graves troubles mentaux fait l'objet d'un plan d'intervention personnalisé résolument orienté sur le rétablissement.

Fournir des services et des moyens de soutien conçus expressément pour le patient est essentiel à son rétablissement. Le plan d'intervention personnalisé fournit une description détaillée des services et des moyens de soutien dont un malade mental ou un toxicomane a besoin pour se rétablir définitivement; il s'ajuste aux besoins du patient/client qui évoluent en fonction de sa maladie et de son âge.<sup>6</sup> Le financement de la réalisation des plans d'intervention personnalisés est habituellement rattaché au patient lui-même. Les patients qui ont besoin de services ou de moyens de soutien multiples et leurs familles ne devraient pas avoir à en faire la coordination eux-mêmes (comme c'est presque toujours le cas à l'heure actuelle); ce fardeau devrait être partagé avec les fournisseurs des services et moyens de soutien nécessaires.

Le Comité est maintenant convaincu que le statu quo est inacceptable. Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client? Faudrait-il aller jusqu'à l'adoption de plans d'intervention personnalisés et, dans l'affirmative, à quels

**Le Comité est maintenant convaincu que le statu quo est inacceptable. Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client?**

types de patients/clients cette méthode serait-elle applicable? Quels types de renseignements ces plans devraient-ils contenir; autrement dit, que devraient-ils prévoir? Que faut-il changer à la structure actuelle de prestation des services pour offrir des plans d'intervention personnalisés aux malades mentaux et toxicomanes? Qui devrait coordonner la mise en œuvre du plan d'intervention personnalisé de chaque patient/client?

Si l'on modifiait le mode de rémunération des professionnels et des établissements au profit d'un financement rattaché au patient/client, cela aurait-il un effet incitatif assez puissant pour que les services et moyens de soutien en maladie mentale et toxicomanie se recentrent véritablement sur le patient/client? Dans l'affirmative, quelles modifications s'imposent pour permettre

**Quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client?**

l'implantation de ce nouveau mode de financement/rémunération? Dans le cas contraire, quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client? De façon générale, quelles seraient les implications d'un budget rattaché au patient?

En outre, le Comité fait remarquer dans son premier rapport que la faculté décisionnelle de ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie peut être affaiblie à degrés divers et irrégulièrement dans le temps.<sup>7</sup> En conséquence, comment un système centré sur le

<sup>5</sup> Deuxième rapport, chapitre 5, section 5.7.

<sup>6</sup> Premier rapport, chapitre 4, section 4.9.

<sup>7</sup> Premier rapport, chapitre 8 (section 8.3) et chapitre 11 (section 11.2).

patient/client peut-il mettre en équilibre les droits individuels des personnes atteintes de graves troubles mentaux et le rôle que doit jouer la société en s'occupant d'elles avec compassion tout en se protégeant? Y a-t-il lieu d'entreprendre une révision des lois des diverses provinces et territoires concernant la santé mentale en vue de supprimer les disparités qui s'observent actuellement, pour arriver à un cadre légal national et uniforme?

## 1.2 PRESTATION DE SERVICES ET DE MOYENS DE SOUTIEN COMPATIBLES AVEC LA CULTURE DES PATIENTS/CLIENTS

Certains segments de la population canadienne éprouvent des difficultés d'accès particulières et reçoivent des services de qualité inférieure à cause de barrières culturelles, linguistiques ou géographiques. Ce sont les Autochtones, les personnes de culture ou de langue différente de celles de la majorité, et les résidents de régions rurales ou éloignées. En fait, le manque de services et de moyens de soutien adaptés aux cultures dessert bien des gens.

Un nombre croissant de Canadiens proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. De quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client? Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer à cet égard, puisqu'il lui incombe de promouvoir la diversité culturelle? De plus, que pensent les Canadiens appartenant à une minorité de langue officielle, de leur accès au réseau des services en santé mentale et en toxicomanie? Que peut faire le gouvernement fédéral pour qu'aucune barrière linguistique n'empêche un patient de recevoir les soins dont il a besoin? [Le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation des services en santé mentale et en toxicomanie en milieu autochtone est traité en détail au chapitre 2 (section 2.2) et au chapitre 7 (section 7.1) ci-après.]

**Un nombre croissant de Canadiens proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. De quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client?**

## 1.3 COORDINATION ET INTÉGRATION DU SYSTÈME PRIVILÉGIANT UNE PRESTATION COMMUNAUTAIRE

Les gens atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie sont souvent désemparés et se sentent dépassés lorsqu'ils doivent non seulement trouver des services et des moyens de soutien, mais aussi faire l'intégration des soins psychiatriques, des traitements contre la toxicomanie, des services d'aide (logement, éducation, etc.) et d'un régime de prestations d'invalidité qui relèvent d'une foule de programmes, tout à fait indépendants les uns des autres, ressortissant à d'organismes fédéraux, provinciaux et régionaux, ainsi qu'à diverses organisations non gouvernementales.<sup>8</sup> Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination

**Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part?**

<sup>8</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part?

Pour abandonner l'approche du cloisonnement qui prédomine actuellement dans le monde de la santé mentale et du traitement des toxicomanies et assurer une prestation intégrée des soins, il faudrait que les nombreuses organisations qui offrent des services renoncent à leur autonomie. Quels outils employer pour mettre sur pied un système intégré regroupant les services et moyens de soutien en santé mentale et le traitement de la toxicomanie? Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert, en abandonnant leur autonomie au profit de l'interdépendance? Il semble y avoir un sérieux dédoublement et chevauchement entre la multitude d'ONG qui dispensent des services et des moyens de soutien aux malades mentaux et aux toxicomanes; comment peut-on éliminer ce problème?

**Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert, en abandonnant leur autonomie au profit de l'interdépendance?**

Quel est le meilleur moyen d'intégrer les services et programmes en toxicomanie pour composer un véritable réseau de services en santé mentale? Comment améliorer la coordination entre les services en santé mentale et en toxicomanie et les autres « silos » au sens large du secteur social (logement, éducation, emploi, soutien du revenu, etc.)? Si nous ne voulons pas « imposer » de formule, à quels incitatifs pourrions-nous avoir recours pour accélérer les changements qui s'imposent dans le système des services en santé mentale et en toxicomanie? Peut-on envisager de resserrer les liens entre les différents programmes et structures administratives uniquement en entretenant de bonnes relations ou faut-il conclure des protocoles d'entente ou des conventions de services pour y parvenir? Quand on entreprend une intégration structurelle, à quels services et moyens de soutien communautaires faut-il accorder la priorité? Est-ce une bonne idée de mettre sur pied des projets pilotes locaux?

Une foule d'autres questions demeurent sans réponse pour le moment. Comment le Canada peut-il établir un énoncé clair des rôles et des responsabilités des divers organismes qui prodiguent des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie? En particulier, quels devraient être le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des régies régionales de la santé, des divers ministères et organismes provinciaux (santé, éducation, services sociaux, logement, justice, assistance sociale, etc.), des fournisseurs de soins de santé mentale, des organisations non gouvernementales, des groupes d'entraide, etc.?

Comment allouer le financement public de façon à encourager la collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie et entre eux? Quelle forme de financement conviendrait le mieux et aurait l'effet incitatif le plus efficace pour atteindre cet objectif? Quel

**Comment allouer le financement public de façon à encourager la collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie et entre eux? Quelle forme de financement conviendrait le mieux et aurait l'effet incitatif le plus efficace pour atteindre cet objectif?**

type de financement ou de mécanisme aiderait à établir une meilleure coordination entre le réseau en santé mentale et en toxicomanie et le grand système social? [Le financement est traité en détail au chapitre 8 (sections 8.1 et 8.2) ci-après.]

## 1.4 DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCES

Une intervention précoce est fondamentale pour tuer dans l'œuf une maladie naissante; il est aussi important de maîtriser les symptômes et d'améliorer les pronostics. Or, plus le bon traitement commence tôt et meilleur est le pronostic du patient/client.<sup>9</sup>

L'intervention précoce est importante quel que soit le groupe d'âge, mais elle est primordiale chez les enfants et les adolescents. La plupart des troubles mentaux des adultes apparaissent à l'adolescence et au début de l'âge adulte, justement quand une intervention précoce peut atténuer sensiblement la perturbation des études, de la vie professionnelle et du développement social du malade. Les gains réalisés à ce moment là se font souvent sentir toute la vie durant.

Que faut-il faire pour qu'on en vienne à accorder encore plus d'importance au dépistage et à l'intervention précoces dans les cas de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Recourir à des programmes pour la santé mentale dans les écoles? À un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire? Au dépistage du diagnostic mixte et des troubles concourants? Quels changements faut-il apporter aux systèmes de santé, de santé mentale et de toxicomanie, d'éducation et de service social en général pour faciliter la précocité d'intervention? [Les questions touchant les enfants et les adolescents sont traitées en détail au chapitre 2 (section 2.1) ci-après.]

**Que faut-il faire pour qu'on en vienne à accorder encore plus d'importance au dépistage et à l'intervention précoces dans les cas de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Recourir à des programmes pour la santé mentale dans les écoles? À un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire? Au dépistage du diagnostic mixte et des troubles concourants?**

Le dépistage et l'intervention précoces devraient aussi être envisagés du point de vue de la santé publique en général. Il est essentiel d'améliorer les conditions sociales que nous savons essentielles à une bonne santé mentale (p. ex., un milieu physique et social sain, de bonnes aptitudes à l'adaptation, etc.) pour assurer non seulement le rétablissement des patients ayant des troubles mentaux mais aussi leur bonne santé mentale par la suite. Par conséquent, il faut s'attaquer aux racines mêmes de la maladie mentale et de la toxicomanie en adoptant des politiques ciblant la pauvreté, l'itinérance, le manque d'instruction, etc., et développer la capacité communautaire de s'occuper de ces questions.

Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans la conception et la mise en œuvre d'une stratégie de santé publique concernant la santé mentale des Canadiens? Quels ministères fédéraux devraient y participer? Comment le gouvernement fédéral pourrait-il

<sup>9</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.7.

amener les provinces et territoires et les autres parties prenantes à coopérer étroitement aux initiatives ciblant les racines de la maladie mentale et de la toxicomanie?

## 1.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS

Malgré les efforts déployés par toutes les provinces et tous les territoires pour améliorer la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie, la majorité des Canadiens ayant des troubles mentaux ne consultent pas et ne sont pas traités. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisée récemment par Statistique Canada, a montré que 32 p. 100 seulement des personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie ont consulté, en personne ou autrement, un professionnel de la santé (psychiatre, médecin de famille, médecin spécialiste, psychologue, travailleur social ou infirmier) dans les 12 mois ayant précédé l'enquête.<sup>10</sup>

Que pourrait-on faire pour améliorer la situation? Il serait possible d'établir une charte du patient qui fixerait les normes d'accès aux services de santé mentale, que ce soit les soins de santé primaires, les services de santé mentale spécialisés ou les soins actifs. En Ontario, le Groupe d'étude sur la mise en œuvre de la réforme du système de santé mentale du district de Champlain (2002) a recommandé l'adoption d'une charte provinciale des droits des patients des services de santé mentale. D'autres groupes ont suggéré une forme de loi équitable, destinée à combler le fossé qui sépare les pathologies physiques des troubles mentaux, sur le plan des services offerts et du financement public. D'autres encore préconisent la nomination de défenseurs de la santé mentale, des fonctionnaires auxquels pourraient s'adresser les personnes ayant de la difficulté à obtenir les services de santé mentale et les moyens de soutien dont elles auraient besoin. Il y a eu un tel défenseur en Colombie-Britannique durant un temps, mais le poste a été supprimé à la création du ministère d'État de la Santé mentale et de la toxicomanie.<sup>11</sup> Le Comité sollicite le point de vue des lecteurs sur ces solutions ou d'autres suggestions qui seraient envisageables.

**Compte tenu de la situation actuelle, est-il nécessaire d'établir des normes nationales régissant les délais d'attente pour les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie?**

Dans son rapport d'octobre 2002, le Comité a recommandé que l'on accorde une garantie de soins de santé et qu'un délai d'attente maximum soit fixé en fonction des besoins pour les consultations en soins primaires, la première consultation d'un spécialiste, les tests diagnostiques et la chirurgie.<sup>12</sup> Compte tenu de la situation actuelle, est-il nécessaire d'établir des normes nationales

**Le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient?**

<sup>10</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.6.

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 6.

régissant les délais d'attente pour les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie?

De toute évidence, il faudra obtenir le point de vue des patients/clients au sujet des changements apportés au système de santé mentale et de toxicomanie et de leur mise en application. Dans l'intervalle, le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient? Un autre mécanisme serait-il préférable?



## CHAPITRE 2: GROUPES ET SOUS-GROUPES CONCERNÉS

---

Il n'existe pas, dit-on, de modèle universel et le Comité s'en est laissé convaincre. Les malades mentaux et les toxicomanes ne forment pas un groupe homogène. Ce sont des êtres humains ayant leur spécificité propre qu'il faut respecter. On peut tout de même les classer grosso modo en sous-groupes chacun confrontés à leurs propres obstacles et ayant besoin de services particuliers : les enfants et adolescents, les Autochtones, les personnes âgées et les individus aux besoins particulièrement complexes, pour n'en mentionner que quelques-uns.

### 2.1 ENFANTS ET ADOLESCENTS

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier rapport, la prévalence générale de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents au Canada oscille en permanence aux environs de 15 p. 100. Cela signifie qu'à n'importe quel moment donné, on dénombre quelque 1,2 million d'enfants et d'adolescents qui sont atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie suffisamment grave pour occasionner chez eux une grande détresse et une altération fonctionnelle. Les maladies mentales les plus fréquentes chez les jeunes sont les troubles anxieux (6,5 p. 100), les troubles de comportement (3,3 p. 100), le trouble déficitaire de l'attention (3,3 p. 100), le trouble dépressif (2,1 p. 100), les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (0,8 p. 100) et l'autisme ou tout autre trouble envahissant du développement (0,3 p. 100).<sup>13</sup>

Dans la plupart des provinces et des territoires, on note actuellement un énorme mécontentement au sujet de la prestation des services aux enfants et aux adolescents. Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé, étant donné qu'on dit souvent de la santé mentale qu'elle est le parent pauvre du système de santé du Canada.

**Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé, étant donné qu'on dit souvent de la santé mentale qu'elle est le parent pauvre du système de santé du Canada.**

Du côté des provinces et des territoires, la prestation des services de santé mentale aux jeunes est extrêmement morcelée et mal coordonnée, puisqu'une foule de ministères et d'organismes différents (p. ex., santé mentale, soins de santé primaires, hôpitaux, aide à l'enfance, écoles, jeunes contrevenants, services de lutte contre la toxicomanie, services d'éducation spécialisée) s'en occupent habituellement. Le pire, c'est que la plupart des politiques et des programmes en santé mentale visent d'abord la population adulte. Par

**Quelle est la meilleure façon de constituer un réseau intégré et bien coordonné des services et des moyens de soutien pour lutter contre la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents?**

---

<sup>13</sup> Premier rapport, chapitre 5, section 5.1.2.

conséquent, les services pour enfants et adolescents se sont développés lentement et uniquement en marge des programmes pour adultes.

Quelle est la meilleure façon de constituer un réseau intégré et bien coordonné des services et des moyens de soutien pour lutter contre la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, à partir des multiples couches de programmes obéissant à de bonnes intentions mais sans la moindre coordination? Quelles mesures précises faut-il adopter pour veiller à la santé mentale des jeunes? Faudrait-il d'abord que les divers ministères et organismes gouvernementaux conçoivent en collaboration avec les autres intervenants, une stratégie interministérielle pour la santé mentale des jeunes? Par la suite, devrait-on établir des protocoles qui seraient mis en application pour assurer l'efficacité de la collaboration et de la communication entre les divers protagonistes? Est-ce que chaque province devrait mettre sur pied un organisme ou un ministère consacré à la santé mentale des enfants et adolescents?

Plusieurs provinces, notamment l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard, ont mis en œuvre des stratégies visant exclusivement la santé mentale des enfants. Quelle leçon tirer de ces initiatives provinciales? Y a-t-il des modèles provinciaux/territoriaux ou régionaux que le Comité devrait examiner?

D'instinct, on trouve évident qu'il est essentiel de fournir des services de santé mentale à l'école puisqu'elle constitue un environnement familier qui permet d'intervenir auprès des jeunes ayant des ennuis de santé mentale. D'ailleurs, dans bien des ressorts, l'école est considérée comme un intervenant clé du réseau de prestation des services de santé mentale et moyens de soutien. Quels services et moyens de soutien pourrait-on prodiguer d'une manière efficace et économique dans le système scolaire?

**Quels services et moyens de soutien pourrait-on prodiguer d'une manière efficace et économique dans le système scolaire?**

Il est difficile, presque partout, d'obtenir des services de santé mentale et des moyens de soutien pour les enfants et les adolescents. Là où de tels services sont offerts, les listes d'attente sont généralement longues. Il apparaît donc qu'il faudra presque partout augmenter la capacité pour qu'un minimum de services soient accessibles. Le Comité a compris que, dans la mesure du possible, les services devraient être offerts là où les jeunes et leur famille passent le plus clair de leur temps (p. ex., à l'école ou à la maison) et dans des plages horaires commodes. Voilà qui soulève une série d'autres questions. Combien coûterait un accroissement de la capacité? Quelle est la gravité de la pénurie de professionnels dans le domaine des soins de santé mentale pour enfants et adolescents? Faudrait-il donner aux fournisseurs des soins de santé primaires et au personnel enseignant une formation plus complète sur le dépistage précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?

**Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?**

**Faudrait-il concevoir de nouveaux programmes et services pour faciliter la transition aux services de santé mentale pour adulte?**

Le Comité a entendu des exposés sur les besoins particuliers des adolescents, dans le domaine de la santé mentale, au moment de leur passage à l'âge adulte. Certains ont soulevé notamment la question générale de la jonction entre les systèmes et services organisés pour les jeunes et ceux qui s'adressent à une clientèle adulte. D'une part, il est probable qu'un adolescent continue d'avoir besoin de services de santé mentale et de moyens de soutien au lendemain de son 18<sup>e</sup> anniversaire, mais c'est à cette date qu'il cesse d'avoir droit aux services réservés aux jeunes. D'autre part, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte peut être une période difficile et il est vraisemblable que les services et les moyens de soutien soient plus nécessaires que jamais auparavant durant cette phase importante du développement. Comment les divers systèmes pourraient-ils collaborer pour offrir un service intégré aux adolescents qui en sont au passage à l'âge adulte? Faudrait-il concevoir de nouveaux programmes et services pour faciliter la transition aux services de santé mentale pour adulte?

## 2.2 AUTOCHTONES

Comme nous le soulignons dans notre premier rapport complémentaire, selon la définition à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, l'expression « peuples autochtones » désigne les « Indiens, les Inuits et les Métis du Canada ». Malgré cette définition assez large, le gouvernement fédéral assume actuellement l'entière responsabilité des Indiens qui vivent dans les réserves et de certaines populations inuites. Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada sont aujourd'hui les deux principaux ministères fédéraux chargés de fournir des services de santé physique et mentale, des traitements contre la toxicomanie, des services sociaux et des moyens de soutien aux Premières nations dans les réserves et aux Inuits.<sup>14</sup>

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables des Autochtones qui vivent en dehors des réserves, y compris les Métis et les Indiens non inscrits qui ont accès aux programmes et services au même titre que les autres résidents. L'hétérogénéité de la population autochtone conjuguée au partage des compétences au Canada a dressé d'imposantes barrières contre l'établissement d'un régime complet pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones.<sup>15</sup>

Malgré le peu de données sur la prévalence des troubles mentaux chez les Autochtones, les auteurs s'entendent sur le fait que les communautés autochtones sont affligées de taux de maladie mentale, de toxicomanie et de comportement suicidaire sensiblement plus élevés que la population en général. En outre, les taux de prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale et des effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) dans

**L'hétérogénéité de la population autochtone conjuguée au partage des compétences au Canada a dressé d'imposantes barrières contre l'établissement d'un régime complet pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones.**

**Si bien des causes de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire sont les mêmes chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, il s'ajoute dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui jouent sur la prise de décisions et l'idéation suicidaire chez l'individu.**

<sup>14</sup> Premier rapport, chapitre 9 section 9.2.1.

<sup>15</sup> *Ibid.*

certaines de ces communautés sont supérieurs à la moyenne nationale.<sup>16</sup>

Les experts du domaine croient que, si bien des causes de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire sont les mêmes chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, il s'ajoute dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui jouent sur la prise de décisions et l'idéation suicidaire chez l'individu. Parmi ces facteurs culturels, on retrouve les anciennes politiques gouvernementales, la création des réserves, le passage d'une vie active à un mode de vie sédentaire, les séquelles de la vie dans les pensionnats, le racisme, la marginalisation et la projection d'une image de soi négative.<sup>17</sup>

Plusieurs problèmes influent directement sur l'offre de services de santé mentale et de traitements contre la toxicomanie dans les collectivités autochtones :

- Premièrement, le système est extrêmement morcelé. Les services et les moyens de soutien sont fournis par une foule de directions et de divisions de différents ministères appartenant à divers ordres de gouvernement qui ne coopèrent pas. Ce morcellement est illustré par la pratique actuelle qui consiste à isoler les problèmes symptomatiques – toxicomanie, suicide, SAF/EAF, logements insalubres, chômage, etc. – et à concevoir des programmes autonomes pour essayer de les gérer chacun séparément.
- Deuxièmement, les habitudes que crée la dépendance sont entretenues depuis longtemps. Les ministères doivent déléguer aux collectivités autochtones le pouvoir de personnaliser les services et de les adapter en tenant compte des facteurs locaux. Autrement dit, les Autochtones devraient être épaulés pour concevoir leurs propres solutions au lieu de s'en faire imposer. Un tel changement favoriserait l'implantation de services et moyens de soutien plus conformes à leur culture et, partant, plus efficaces.
- Troisièmement, on constate une pénurie critique de professionnels autochtones en santé mentale et en toxicomanie. Par exemple, seulement quatre psychiatres au Canada sont d'origine autochtone.
- Quatrièmement, certaines provinces ont établi leur stratégie universelle pour la santé mentale en tenant compte des besoins des Autochtones. Dans les provinces où tel est le cas, les programmes fédéraux de santé mentale destinés aux Autochtones vivant dans les réserves ou en dehors devraient être harmonisés avec les régimes provinciaux pour la santé mentale et leurs stratégies d'application.

**Les Autochtones devraient être épaulés pour concevoir leurs propres solutions au lieu de s'en faire imposer. Un tel changement favoriserait l'implantation de services et moyens de soutien plus conformes à leur culture et, partant, plus efficaces.**

<sup>16</sup> Premier rapport, chapitre 5, section 5.3.1.

<sup>17</sup> *Ibid.*

Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones? Quelles seraient les structures idéales pour que les Autochtones puissent participer réellement à la conception des services dont ils ont besoin? Comment le gouvernement fédéral pourrait-il s'organiser pour fournir ces services avec le plus d'efficacité possible? Le gouvernement fédéral devrait-il offrir des incitatifs monétaires aux Canadiens autochtones pour les encourager à suivre une formation de travailleur en santé mentale?

La question sans doute la plus importante, compte tenu du dédoublement inutile et dispendieux des programmes non coordonnés, consiste à savoir qui devrait assumer la responsabilité d'analyser le milieu en vue de dresser l'inventaire des programmes actuels pour déterminer s'il y a dédoublement d'un gouvernement, ministère et organisme à l'autre, s'il y a des lacunes flagrantes et quelle serait la meilleure utilisation des ressources disponibles?

**Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones?**

### 2.3 PERSONNES ÂGÉES

Selon des experts de la question, la croissance accélérée de la population âgée entraînera une demande sans précédent étant donné la capacité que possède actuellement le système pour répondre aux besoins des personnes âgées en santé mentale. La dépression, la démence, les troubles délirants et le delirium sont les maladies mentales les plus courantes parmi les Canadiens âgés. L'incidence des troubles mentaux chez ceux qui se trouvent dans un établissement de soins prolongés ou en centre d'hébergement est beaucoup plus élevée que dans la population en général. Le taux de suicide chez les hommes de 80 ans ou plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge.<sup>18</sup>

**Les personnes âgées atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie forment un segment de la population qui est particulièrement vulnérable et dont les besoins en santé sont uniques.**

Les personnes âgées atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie forment un segment de la population qui est particulièrement vulnérable et dont les besoins en santé sont uniques. Nombre d'entre elles croient à tort que les problèmes de santé mentale tels que la dépression ou une déficience cognitive font partie du processus normal du vieillissement et qu'il n'y a donc aucun traitement efficace. Les maladies mentales chez les personnes âgées peuvent être confondues avec d'autres en cas de comorbidité ou masquées par des troubles concourants, ce qui complique énormément

**On peut aussi de demander s'il n'y aurait pas lieu de réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour y offrir des cours et des stages supplémentaires en gériopsychiatrie.**

<sup>18</sup> Premier rapport, chapitre 5, section 5.1.3.

leur diagnostic et leur traitement.

Tout cela fait ressortir la nécessité de recruter des professionnels spécialisés dans les soins aux personnes âgées ayant des troubles mentaux, y compris celles qui sont institutionnalisées. On peut aussi se demander s'il n'y aurait pas lieu de réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour y offrir des cours et des stages supplémentaires en gérontopsychiatrie.

Le Comité a appris que les actuels modèles de prestation ne répondent pas aux besoins complexes et très changeants des personnes âgées en santé mentale. Là encore, le manque de coordination entre les fournisseurs de services fait obstacle aux méthodes correctes et efficaces d'évaluation, de traitement et de prévention de la maladie mentale. Y a-t-il des problèmes particuliers qui empêchent la coordination et l'intégration des services et des moyens de soutien dont les personnes âgées ont besoin?

Peu d'études ont été publiées sur les pratiques exemplaires en santé mentale pour les personnes âgées ou sur l'urgence de rédiger des lignes directrices éclairées, applicables et validées pour aider les professionnels à adopter des pratiques exemplaires lorsqu'ils doivent traiter des patients chez qui on trouve simultanément de multiples maladies mentales et des problèmes de santé corporelle physique. Qui devrait assumer la responsabilité d'établir ces lignes directrices?

**Y a-t-il des problèmes particuliers qui empêchent la coordination et l'intégration des services et moyens de soutien dont les personnes âgées ont besoin?**

Il faut aussi assurer aux aidants naturels des personnes âgées atteintes de troubles mentaux une gamme de moyens de soutien bien coordonnés, puisque les services qu'ils rendent ont une valeur économique considérable. À l'heure actuelle, le soutien apporté aux aidants naturels est très limité et il est habituellement insuffisant au point de ne pas aider vraiment. De toute façon, ce soutien vise surtout à répondre aux besoins de la personne malade, pas à ceux de l'aidant naturel.

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour alléger le fardeau qui retombe maintenant sur les épaules de milliers d'aidants naturels? De quels services de soutien les aidants naturels ont-ils besoin? Le gouvernement fédéral devrait-il envisager de réviser le Régime de pensions du Canada, le programme d'assurance-emploi et le Code canadien du travail pour tenir compte des besoins de ceux qui abandonnent le marché du travail pour prendre soin d'un membre de leur famille atteint d'une grave maladie mentale? Combien coûteraient les nouvelles dispositions? Les dispositions actuelles de la loi de l'impôt fédérale permettent-elles de dédommager correctement les aidants naturels pour le temps et les ressources qu'ils consacrent au malade?

**Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour alléger le fardeau qui retombe maintenant sur les épaules de milliers d'aidants naturels?**

De même, quels sont les besoins des parents âgés qui sont les principaux

**Quels sont les besoins des parents âgés qui sont les principaux soignants de leurs enfants adultes atteints d'une maladie mentale ou de toxicomanie?**

soignants de leurs enfants adultes atteints d'une maladie mentale ou de toxicomanie? De quel type de soutien (monétaire, répit) ces aidants naturels âgés ont-ils besoin?

## 2.4 CAS COMPLEXES

Parmi les Canadiens ayant des besoins complexes, il y a ceux qui souffrent de troubles concourants (maladie mentale et toxicomanie) et d'un diagnostic mixte (maladie mentale et déficience développementale), ainsi que certains sans-abri et des détenus. Des démarches systématiques et de bons outils d'évaluation pour mieux dépister cette population font défaut. D'ailleurs, parce que ces personnes sont souvent mal diagnostiquées, elles sont mal soignées.

Ceux qui ont des troubles concourants et un diagnostic mixte ont besoin de l'aide et des services de plusieurs secteurs : santé mentale, toxicomanie, santé, éducation et services sociaux. Rappelons qu'il faut absolument intégrer, d'une part, services de santé mentale et de traitement des toxicomanies et, d'autre part, le secteur de la santé mentale et celui des troubles développementaux. Le Comité a hâte de connaître l'opinion des Canadiens sur les problèmes et les solutions concernant les troubles concourants et le diagnostic mixte, sur lesquels il faut se pencher.

**Le Comité a hâte de connaître l'opinion des Canadiens sur les problèmes et solutions concernant les troubles concourants et le diagnostic mixte, sur lesquels il faut se pencher.**

Les maladies mentales et les troubles liés à une substance psychoactive sont plus fréquents chez les sans-abri et les détenus que dans la population en général. De plus, leur prévalence est en hausse dans ces deux segments de la population canadienne. L'accès aux services et aux moyens de soutien pour ces personnes ne pourra s'améliorer sans coopération intergouvernementale.

**En ce qui concerne les besoins en santé mentale des sans-abri, nous voulons connaître le point de vue des Canadiens sur les problèmes et solutions auxquels il faudrait s'intéresser.**

Dans le chapitre 7 ci-après, le Comité traite des problèmes et des solutions concernant les besoins en santé mentale des détenus sous responsabilité fédérale. En ce qui concerne les besoins en santé mentale des sans-abri, nous voulons connaître le point de vue des Canadiens sur les problèmes et solutions auxquels il faudrait s'intéresser. Par exemple, quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer dans le contexte de l'Initiative nationale pour les sans-abri?



Deux grands facteurs font de la maladie mentale et de la toxicomanie un problème critique en milieu de travail. Premièrement, les troubles mentaux frappent généralement les jeunes travailleurs et, deuxièmement, comme de nombreuses maladies mentales sont à la fois chroniques et cycliques, elles nécessitent des traitements répétés pendant des années. Compte tenu des coûts économiques découlant de ces troubles – notamment ceux de l'absentéisme et de la perte de productivité – il est essentiel que les employeurs et les gouvernements unissent leurs efforts pour s'attaquer sans délai à ce problème.

### 3.1 EMPLOYEURS

Les employeurs ont un rôle capital à jouer auprès des travailleurs qui sont aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie, puisqu'ils ont à gérer l'invalidité, à appliquer une politique d'accommodement et à offrir des programmes de retour au travail. L'économie mondiale, dans laquelle l'information et l'innovation sont la clé du succès, exige des travailleurs compétents, motivés et assidus. Le capital humain et sa motivation, ses connaissances, son opinion, son jugement, son talent pour la communication, les échanges d'idées, l'établissement de relations solides sont le moteur de la compétitivité dans cette économie mondiale.<sup>19</sup>

**Les employeurs ont un rôle capital à jouer auprès des travailleurs aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie puisqu'ils ont à gérer l'invalidité, à appliquer une politique d'accommodement et à offrir des programmes de retour au travail.**

En ce qui concerne les régimes d'assurance-invalidité proposés par l'employeur, le Comité est préoccupé par trois éléments précis. Premièrement, toutes les grandes entreprises devraient analyser les demandes de prestations d'invalidité de courte et de longue durée dont elles sont saisies afin de mesurer la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie en leur sein. Deuxièmement, les employeurs devraient réexaminer le type et l'étendue de la couverture pour invalidité ainsi que son incidence sur la durée des prestations en sorte de concevoir un régime d'assurance-invalidité de l'employeur qui soit d'une efficacité optimale. Troisièmement, les employeurs, cadres et assureurs doivent apprivoiser la maladie mentale et la toxicomanie.<sup>20</sup>

Les gros employeurs parrainent habituellement des programmes d'aide aux employés (PAE) qui paient aux travailleurs un certain nombre de séances de thérapie. Ces programmes sont conçus pour aider l'employé à affronter divers problèmes en milieu de travail. Le Comité a appris qu'il fallait revoir les PAE parce qu'ils ne répondent pas bien aux besoins des employés aux prises avec une maladie mentale ou un problème de toxicomanie. En effet,

---

<sup>19</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.

<sup>20</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.1.

ceux-ci n'offrent pas assez de séances de thérapie pour bien traiter la maladie mentale et la toxicomanie.<sup>21</sup>

Le Comité a aussi appris qu'il faudrait amener les employeurs à prendre des mesures pour accommoder les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie. L'accommodement consiste à aménager des lieux de travail ou des procédures de travail pour permettre à une personne ayant des besoins spéciaux d'accomplir ses tâches. Par exemple, le fait d'accorder un horaire de travail variable à un employé ayant un trouble mental serait équivalent à construire une rampe d'accès pour un travailleur en fauteuil roulant. Un employé qui revient au travail après un épisode de maladie mentale peut avoir des besoins passablement différents de ceux d'un travailleur qui revient après une opération au dos. Il faut réviser les programmes de retour au travail actuels de façon qu'ils répondent à ces besoins variés.<sup>22</sup>

La culture d'une organisation peut tout changer dans la façon dont la maladie mentale et la toxicomanie sont considérées au travail. Comment les employeurs peuvent-ils contribuer à hausser le degré de sensibilisation à la maladie mentale et à la toxicomanie dans toute l'entreprise? Plus important encore, que peut-on faire pour augmenter les connaissances des employeurs et des cadres sur la maladie mentale et la toxicomanie et leur capacité de venir en aide aux employés qui en souffrent?

**Que peut-on faire pour augmenter les connaissances des employeurs et des cadres sur la maladie mentale et la toxicomanie et leur capacité de venir en aide aux employés qui en souffrent?**

Le Comité a appris que certaines grandes entreprises et institutions – comme Alcan Inc., la Banque Canadienne Impériale de Commerce et Dofasco Inc. pour n'en nommer que quelques-unes – consacrent, avec beaucoup de succès d'ailleurs, plus d'attention à la santé mentale et aux problèmes de toxicomanie en milieu de travail. Y a-t-il d'autres réussites que le Comité devrait connaître? Que devrait-on faire pour diffuser les connaissances et l'expérience de ces chefs d'entreprise?

Bien des Canadiens bénéficient d'un régime d'assurance-maladie complémentaire de l'employeur qui comporte un volet santé mentale. Les niveaux de couverture de ces régimes privés sont-ils suffisants? Faudrait-il étendre la couverture et, le cas échéant, quels services de santé mentale ont le plus besoin d'une meilleure couverture? Quelles modifications précises faut-il apporter aux règles pour que l'assurance-invalidité ne dissuade pas un malade mental ou un toxicomane de retourner au travail? Qu'est-ce qui parviendrait le mieux à inciter les employeurs à améliorer leur PAE pour faciliter l'accès des travailleurs à des traitements et à des services de réadaptation?

**Qu'est-ce qui parviendrait le mieux à inciter les employeurs à améliorer leur PAE pour faciliter l'accès des travailleurs à des traitements et à des services de réadaptation?**

<sup>21</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.1.

<sup>22</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.2.

Quel est le meilleur moyen pour amener les employeurs à accorder à leurs employés atteints d'un trouble mental un horaire variable ou un véritable accommodement? Quelles mesures devraient-ils prendre pour résoudre les problèmes en milieu de travail qui ont un effet préjudiciable sur tous les employés, en particulier sur ceux souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

Pourrait-on formuler certaines idées ou politiques visant à encourager les entreprises à engager des malades mentaux et des toxicomanes, ne serait-ce qu'à temps partiel? En particulier, existe-t-il des programmes axés sur les adolescents désavantagés par un manque d'instruction et de compétence particulière qui s'ajoute à leur maladie mentale, pour leur permettre de se trouver un emploi?

Le Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health a proposé un programme en douze temps pour lutter contre la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail.<sup>23</sup> Est-ce un programme éprouvé? Dans l'affirmative, que peuvent faire les gouvernements pour encourager les entreprises à l'implanter? Le gouvernement fédéral devrait-il constituer un groupe de travail mixte avec cet organisme pour encourager l'adoption du programme?

**Existe-t-il des programmes axés sur les adolescents désavantagés par leur manque d'instruction et de compétence particulière qui s'ajoute à leur maladie mentale, pour leur permettre de se trouver un emploi?**

### 3.2 COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dans toutes les provinces et tous les territoires, les commissions des accidents du travail (CAT) reçoivent de plus en plus de demandes d'indemnisation pour cause de maladie mentale (appelée « stress professionnel ») et, de plus en plus souvent, l'indemnisation est accordée. Le principal problème de ces demandes tient au fait qu'il est plus difficile de faire la preuve de la

**Comment parvenir à uniformiser les règles des CAT applicables aux cas de maladie mentale et de toxicomanie? Faudrait-il réviser les règles des CAT applicables aux demandes de prestations pour maladie mentale et qui devrait le faire?**

genèse d'un trouble mental que d'une maladie physique. Par conséquent, certaines CAT hésitent à accorder des prestations d'invalidité pour cause de maladie mentale. Les travailleurs concernés et ces CAT doivent donc se débattre seuls avec la question de savoir si les prestations d'invalidité pour troubles mentaux devraient être versées par la commission des accidents du travail ou par le régime d'assurance-maladie.<sup>24</sup> Comment parvenir à uniformiser les règles des CAT applicables aux cas de maladie mentale et de toxicomanie? Faudrait-il réviser les règles des CAT applicables aux demandes de prestations pour maladie mentale et qui devrait le faire? Quel rôle l'Association des commissions des accidents du travail du Canada peut-elle jouer pour donner à la recherche nécessaire une envergure nationale et uniformiser les règles de prestations?

<sup>23</sup> Premier rapport, chapitre 6, tableau 6.3.

<sup>24</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.2.

### 3.3 PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

Le Comité a été informé de la nécessité de réviser le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-I) et le programme de l'assurance-emploi (AE) pour qu'ils tiennent compte de la nature imprévisible et souvent cyclique des troubles mentaux.<sup>25</sup>

En ce qui concerne le RPC-I, certaines personnes atteintes de troubles mentaux peuvent ne pas y avoir droit parce qu'elles n'ont pas travaillé assez longtemps (il faut avoir cotisé au Régime durant quatre des six années précédentes). Le Comité a appris que les demandeurs doivent accepter d'être désignés « inapte au travail de façon permanente » pour avoir droit aux prestations du RPC-I. Or, bien des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent travailler, mais souvent, seulement à temps partiel. En outre, la première demande de plus de 66 p. 100 des malades mentaux et toxicomanes est rejetée pour défaut d'admissibilité et les deux tiers de ces demandeurs ne font pas appel de la décision et ne présentent plus d'autre demande.

Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le RPC-I pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel? Le personnel du RPC-I devrait-il recevoir une formation pour être mieux renseigné sur la maladie mentale et la toxicomanie? Quelles autres modifications s'imposent pour que le RPC-I puisse être plus équitable envers les travailleurs ayant une maladie mentale ou une toxicomanie?

**Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le RPC-I pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel?**

En ce qui concerne l'AE, les employés qui sont congédiés pour « inconduite » ou qui démissionnent « sans motif valable » n'ont pas droit aux prestations de l'AE. Par crainte d'être stigmatisés, les employés ayant une maladie mentale taisent leur état au travail. Lorsqu'ils ont des difficultés, ils se font congédier ou démissionnent sous l'effet de leur maladie, mais ils ne peuvent pas demander de prestations d'AE parce qu'ils n'ont pas révélé leur maladie avant. De plus, lorsqu'une personne demande des prestations de maladie de l'AE, elle est tenue de se procurer un certificat médical indiquant la durée probable de sa maladie. Étant donné l'imprévisibilité de la maladie mentale, un médecin peut difficilement fournir un tel renseignement.

Quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter à l'AE pour mieux protéger les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie? Par exemple, ceux dont la maladie mentale ou la toxicomanie est diagnostiquée après qu'ils ont laissé leur emploi devraient-ils être exemptés de

**Quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter à l'AE pour mieux protéger les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie?**

<sup>25</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.3.

l'obligation d'avoir accumulé le nombre d'heures d'emploi assurables dont dépend actuellement l'admissibilité à l'AE? Quelles autres modifications le gouvernement fédéral devrait-il envisager?

Certains ont suggéré au Comité de recommander que le gouvernement fédéral trouve des moyens de partager plus équitablement avec les employeurs les coûts associés à la maladie mentale et à la toxicomanie en milieu de travail.<sup>26</sup> Quels mécanismes pourrait-on utiliser pour déterminer le partage de ces coûts et le mettre en application?

### 3.4 GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EMPLOYEUR DE TAILLE

Le gouvernement fédéral est un employeur d'importance. Dans son rôle d'employeur de la fonction publique fédérale, le Conseil du Trésor supervise l'application des avantages auxquels les fonctionnaires ont droit en vertu du Régime de soins de santé de la fonction publique et du Régime d'assurance-invalidité. Ces deux régimes garantissent aux fonctionnaires un niveau de revenu acceptable durant les périodes où ils luttent contre une maladie physique ou mentale de longue durée. En outre, Santé Canada est chargé de fournir aux fonctionnaires fédéraux des services de santé et de sécurité au travail, notamment les programmes d'aide aux employés.<sup>27</sup>

Le Comité sollicite le point de vue des fonctionnaires fédéraux et de leurs représentants sur la qualité et l'efficacité des efforts de promotion de la santé mentale et de prévention d'une incapacité d'ordre mental chez les fonctionnaires par le gouvernement fédéral.

**Le gouvernement fédéral est-il un bon employeur au chapitre de l'accommodement des fonctionnaires ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Ses politiques de retour au travail sont-elles bonnes? Que doit-il améliorer pour être un employeur exemplaire?**

Le gouvernement fédéral est-il un bon employeur au chapitre de l'accommodement des fonctionnaires ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Ses politiques de retour au travail sont-elles bonnes? Que doit-il améliorer pour être un employeur exemplaire?

<sup>26</sup> Premier rapport, chapitre 6, section 6.6.

<sup>27</sup> Premier rapport, chapitre 9, sections 9.2.9 et 9.2.10.



#### **4.1 COMBATTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION**

Le Comité juge extrêmement important le problème de la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie et aussi celui de la discrimination à leur endroit.

La stigmatisation et la discrimination touchent les malades mentaux et les toxicomanes de multiples façons. D'abord, ceux-ci sont régulièrement mis à l'écart de la société et peuvent même être privés d'une foule de droits fondamentaux que le reste du monde considère comme allant de soi. On les prive souvent de leurs droits élémentaires dans les secteurs du logement, de l'emploi, du revenu, des assurances, des études postsecondaires, de la justice pénale et de la responsabilité parentale.

Les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie sont aussi victimes de discrimination et de rejet par les fournisseurs de services tant dans le réseau de la santé mentale que dans le réseau de la santé en général, et elles sont aussi victimes de discrimination de la part des décideurs et des médias. Pour de nombreux malades mentaux et toxicomanes, la stigmatisation et la discrimination peuvent être une source de détresse aussi importante que le trouble lui-même.<sup>28</sup>

**Pour de nombreux malades mentaux et toxicomanes, la stigmatisation et la discrimination peuvent être une source de détresse aussi importante que le trouble lui-même.**

La stigmatisation de la maladie mentale affligeant à ce point les malades mentaux et les toxicomanes dans leur vie quotidienne, ne faudrait-il pas plutôt la qualifier de ce qu'elle est vraiment : de la discrimination? C'est certainement de la discrimination lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale est systématiquement traitée différemment d'une autre qui en est exempte. Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination?

**Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination?**

Le Comité a longuement discuté de la meilleure façon d'atténuer la stigmatisation et de lutter contre la discrimination. Pour y arriver, il faut un effort concerté et soutenu sur une longue période, notamment une éducation et une action communautaires permanentes, des campagnes de presse, des tribunes où les personnes atteintes peuvent échanger avec la population pour la renseigner sur la problématique, et des campagnes de sensibilisation

**Plusieurs témoins ont souligné l'importance d'élaborer une stratégie nationale contre la stigmatisation. Son adoption signifierait aux Canadiens que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent tous autant d'importance à la promotion de la santé mentale de la population qu'à celle de sa santé physique.**

---

<sup>28</sup> Premier rapport, chapitre 3, section 3.3.

auprès des professionnels pour diminuer la discrimination structurelle dans le réseau de la santé et dans le réseau de la santé mentale.<sup>29</sup>

À noter que plusieurs témoins ont souligné l'importance d'élaborer une stratégie nationale contre la stigmatisation. Ils ont dit au Comité qu'une telle stratégie devait résolument attirer l'attention du public sur les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Son adoption signifierait aux Canadiens que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent tous autant d'importance à la promotion de la santé mentale de la population qu'à celle de sa santé physique.<sup>30</sup> Pourtant, de nombreux témoins ont dit juger important de cibler soigneusement les efforts contre la stigmatisation et que, selon certaines études, les campagnes de sensibilisation trop générales ne donnent pas les résultats escomptés.

Après avoir étudié les campagnes menées dans des pays étrangers pour faire la promotion de la santé mentale, le Comité a conclu que, pour réussir, les campagnes de sensibilisation contre la stigmatisation et la discrimination doivent faire l'objet d'un financement continu, d'une planification à long terme et d'une évaluation constante. De plus, à en juger d'après les campagnes menées jusqu'ici, en particulier en Australie et en Nouvelle-Zélande, mieux vaut, semble-t-il, les adapter aux situations, aux groupes de population et aux communautés visées. Notre examen de ce qui se fait dans le monde fait aussi ressortir la nécessité d'entreprendre au départ une vaste consultation auprès des divers ordres de gouvernement, des fournisseurs, des ONG et, surtout, des personnes atteintes et de leur famille.<sup>31</sup>

Outre les campagnes gouvernementales, les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d'attitude à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Dans l'affirmative, quel devrait être ce rôle? Y a-t-il des stratégies de sensibilisation qui ont eu particulièrement de succès au Canada pour diminuer la stigmatisation et la discrimination (p. ex., la Stratégie canadienne sur le VIH/sida) et dont on pourrait tirer des leçons?

**Les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d'attitude à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie?**

Le Comité s'est aussi fait dire que la stratégie la plus efficace contre la stigmatisation et la discrimination consiste à multiplier les contacts avec les personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie. À ce propos, il a appris que le Royaume-Uni a établi une brigade d'ambassadeurs composée d'une

**Le Royaume-Uni a établi une brigade d'ambassadeurs composée d'une quarantaine de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu<sup>1</sup>. Le Canada devrait-il constituer une équipe comparable?**

quarantaine de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu.<sup>32</sup> Cette initiative a permis

<sup>29</sup> Premier rapport, chapitre 3, article 3.4.

<sup>30</sup> Premier rapport, chapitre 3, section 3.4.1.

<sup>31</sup> Deuxième rapport, chapitre 5, section 5.5.

<sup>32</sup> Deuxième rapport, chapitre 3, section 3.4.1.

d'associer des visages à la campagne contre la stigmatisation. Le Canada devrait-il constituer une équipe comparable?

De même, les autorités australiennes ont lancé une stratégie nationale pour la santé mentale dans les écoles de journalisme afin de montrer aux étudiants comment faire leurs reportages sans stigmatiser les personnes atteintes de troubles mentaux et pour encourager la presse à transmettre des messages positifs sur la santé mentale.<sup>33</sup> Le gouvernement fédéral devrait-il, en collaboration avec les médias, se doter d'une stratégie semblable au Canada? Combien coûterait une telle stratégie et comment serait-elle financée?

Enfin, il faut sensibiliser les professionnels de la santé à cette difficulté, puisque les intervenants en santé mentale et en toxicomanie ne sont pas non plus à l'abri de l'influence de la stigmatisation que vivent leurs patients/clients. Quelle est la prévalence de cette forme de stigmatisation structurelle? Faudrait-il réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour ajouter des cours et des stages en santé mentale et en toxicomanie? Est-ce un champ de compétence provinciale? Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à y jouer? Quelles autres mesures ciblant les professionnels de la santé pourraient diminuer la discrimination?

De façon générale, que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?

**De façon générale, que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?**

## 4.2 PRÉVENTION DU SUICIDE

Chaque année, quelque 3 700 Canadiens se suicident. C'est la première cause de décès chez les hommes de 25 à 29 ans et chez les femmes de 30 à 34 ans. En outre, on recense annuellement un grand nombre de tentatives de suicide. En 2002, environ 4 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ont eu des pensées suicidaires.<sup>34</sup>

Dans son premier rapport, le Comité signale que, sans être défini comme un trouble mental, le comportement suicidaire est souvent en corrélation avec la maladie mentale et la toxicomanie; plus de 90 p. 100 des suicidés souffrent d'une maladie mentale diagnosticable ou d'un trouble lié à une substance psychoactive. Le suicide est la première cause de décès prématuré chez les schizophrènes et il est responsable de 15 à 25 p. 100 de tous les décès chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur graves. La toxicomanie prédispose

<sup>33</sup> Deuxième rapport, chapitre 1, section 1.5.

<sup>34</sup> Premier rapport, chapitre 5, section 5.2.

souvent une personne à avoir un comportement suicidaire en accentuant une humeur dépressive et en atténuant la maîtrise de soi.<sup>35</sup>

Contrairement à l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour la prévention du suicide. Selon le Centre de prévention du suicide, deux provinces seulement – le Nouveau-Brunswick et le Québec – ont mis en œuvre des stratégies de prévention exclusivement pour le suicide. Beaucoup voudrait que le gouvernement fédéral se concerte avec les provinces, les territoires et les intéressés pour élaborer une stratégie nationale.

**Contrairement à l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour la prévention du suicide.**

Cette stratégie nationale pour la prévention du suicide pourrait incorporer les programmes et activités suivants, entre autres :

- Campagnes de sensibilisation populaire pour lutter contre la stigmatisation du comportement suicidaire.
- Stratégies pour l'amélioration de la santé de la population visant les déterminants de la santé, notamment le logement, la sécurité du revenu, l'éducation, l'emploi et les attitudes de la société envers ceux ayant une maladie mentale ou une toxicomanie.
- Programmes de prévention pour les adolescents, pour les personnes à risque élevé d'avoir un comportement suicidaire et pour les familles dont un membre s'est suicidé ou a fait une tentative.
- Accès équitable à des services intégrés et bien coordonnés, y compris à des services de counseling par téléphone pour les personnes en crise et de traitement des maladies mentales et de toxicomanies.
- Mesures de restriction de l'accès à des moyens de se suicider comme les armes à feu, les médicaments, les ponts accessibles et d'autres endroits.
- Formation des fournisseurs de services et des éducateurs sur le dépistage précoce des comportements suicidaires et sur la gestion de crise.
- Recherche et évaluation pour contribuer à l'élaboration de programmes efficaces de prévention du suicide et pour évaluer le succès des services de santé et des services sociaux dans la prévention du suicide.

**Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide? Quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? Quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide?**

<sup>35</sup> Premier rapport, chapitre 4, section 4.5.

Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide? Quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? Quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide? Combien celle-ci devrait-elle coûter et comment devrait-elle être financée? Devrait-il y avoir une seule stratégie nationale ou chaque ordre de gouvernement devrait-il en implanter une?



## CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES

---

Des professionnels de diverses disciplines prodiguent des services de santé mentale, des moyens de soutien et des traitements contre la toxicomanie. On trouve notamment des médecins qui dispensent les soins primaires, des psychiatres, des spécialistes en toxicomanie, des psychologues, des infirmiers psychiatriques, des travailleurs sociaux, des infirmiers praticiens, des ergothérapeutes, des gestionnaires de cas, des intervenants en toxicomanie, des éducateurs en soins spéciaux, etc. Le Comité s'est fait dire que, comme dans d'autres secteurs du système de santé, il y a un manque criant de fournisseurs. La mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie est aussi préoccupante.<sup>36</sup> D'autres pays sont aux prises avec le même casse-tête de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.<sup>37</sup> Le Comité a aussi appris que le secteur des soins de santé primaire a cruellement besoin d'une réforme en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de multiplier les initiatives partagées en santé mentale dans tout le pays.

**Comme dans d'autres secteurs du système de santé, il y a un manque criant de fournisseurs.**

### 5.1 OFFRE DE RESSOURCES HUMAINES

Bien que le Comité ait entendu parler maintes fois des pénuries de fournisseurs,<sup>38</sup> il n'existe actuellement aucune base de données nationale capable de fournir des données générales sur l'offre de ressources humaines en santé mentale et en toxicomanie, et encore moins une ventilation détaillée. À l'heure actuelle, on ne sait pas s'il y a vraiment pénurie de fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie au Canada ni, s'il y en a effectivement une, quelle en est la gravité. Voilà qui montre aussi que les données sur la santé en général au Canada ne sont pas fiables.

La pénurie est-elle pire dans certaines catégories de fournisseurs? Certaines provinces ont-elles réussi mieux que les autres à corriger le manque de professionnels en santé mentale et en toxicomanie?

Le manque d'information nuit très sérieusement à une bonne planification des ressources humaines, en particulier à la mise en œuvre d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie.<sup>39</sup>

Comment peut-on produire des estimations réalistes et dignes de foi des ressources humaines actuellement sur le marché du travail et de celles qui seraient nécessaires après la réforme du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie? Quel rôle le

---

<sup>36</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.5.

<sup>37</sup> Deuxième rapport, sections 1.3.2, 2.3.2, 3.3.1, 4.3.1, 4.3.2 et 4.3.3.

<sup>38</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.5.

<sup>39</sup> *Ibid.*

gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider les provinces et les territoires à assurer une offre suffisante de professionnels de la santé dans tout le pays? Comment le gouvernement fédéral peut-il se mêler de la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie sans empiéter sur les compétences provinciales et territoriales?

Quels devraient être les éléments d'une stratégie nationale de ressources humaines (planification, formation, réexamen des champs d'activité)? Quels programmes et incitatifs faudrait-il instaurer pour encourager les gens à choisir une carrière en santé mentale et en toxicomanie? Le Comité sollicite les opinions sur les écueils et les possibilités de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une telle stratégie.

Une stratégie des ressources humaines devrait avoir pour objet de veiller à ce qu'on offre les bonnes compétences et les services utiles en tenant compte de la culture du patient, par la bonne personne et au moment opportun. Comment pourrait-on élargir et valoriser l'instruction et la formation des professionnels et travailleurs de la santé mentale et de la toxicomanie afin d'atteindre cet objectif?

**Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider les provinces et les territoires à assurer une offre suffisante de professionnels de la santé dans tout le pays?**

Il est évident que la mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie a pour effet de restreindre l'accès aux services et moyens de soutien nécessaires dans les régions rurales et les endroits reculés du Canada.<sup>40</sup> Comment faire pour contrer le manque de services? Le Comité veut connaître l'opinion des Canadiens sur les types d'incitatifs qu'on pourrait établir pour lutter contre le manque de personnel dans les régions rurales et reculées.

**Il est évident que la mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie a pour effet de restreindre l'accès aux services et moyens de soutien nécessaires dans les régions rurales et les endroits reculés du Canada. Comment faire pour contrer le manque de services?**

## 5.2 SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES

Le secteur des soins primaires est celui où s'établit généralement le premier contact entre le système de santé et les patients, que ceux-ci consultent pour une maladie, une blessure, une maladie mentale ou une toxicomanie. Pourtant, le Comité s'est fait dire que les fournisseurs des soins primaires n'ont peut-être pas les connaissances, ni les compétences pour répondre aux besoins des

**Si les fournisseurs de soins primaires doivent débiter le traitement de la maladie mentale ou de la toxicomanie des patients, que faut-il faire pour améliorer les soins de santé mentale à ce stade?**

patients ayant une maladie mentale ou une toxicomanie, pour diagnostiquer correctement les troubles mentaux, ni pour aider les patients à s'y retrouver dans les méandres des services plus spécialisés vers lesquels ils sont aiguillés. Ils ne sont pas non plus rémunérés pour le

<sup>40</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.3.

faire.<sup>41</sup> Si les fournisseurs de soins primaires doivent débiter le traitement de la maladie mentale ou de la toxicomanie des patients, que faut-il faire pour améliorer les soins de santé mentale à ce stade? Comment y parvenir, compte tenu du terrible manque de médecins de famille, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé au Canada en ce moment?

Il faut mieux sensibiliser les professionnels de la santé à la santé mentale et à la toxicomanie. Quelle devrait être l'ampleur de la formation à donner aux médecins de famille, aux infirmiers praticiens et aux autres professionnels de la santé sur la maladie mentale et la toxicomanie, durant leurs études? Les programmes d'études des écoles de soins infirmiers et des facultés de médecine devraient-ils être révisés pour y ajouter plus de cours sur la maladie mentale et la toxicomanie?

Certains ont recommandé au Comité de réclamer une modification des tarifs des services médicaux afin d'accorder aux médecins de famille une prime pour les inciter à consacrer plus de temps aux patients souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie quand ceux-ci en ont besoin.<sup>42</sup> C'est ce qu'ont fait l'Alberta et le Québec après le lancement d'un programme très réussi en Australie il y a trois ans. Les médecins de famille qui doivent passer plus de temps avec les patients atteints de troubles mentaux pour répondre à leurs besoins devraient avoir droit à une hausse du tarif en guise d'indemnité.<sup>43</sup> Les provinces qui n'ont pas encore modifié leur tarif de la sorte devraient-elles le faire?

D'autres ont recommandé au Comité l'établissement d'un plus grand nombre de projets pour des soins de santé mentale partagés au pays. Il s'agit de coopération entre psychiatres et fournisseurs de soins primaires. Ces projets de soins partagés sont très axés sur la clinique et ils intègrent les services de santé mentale dans un cadre de soins de santé primaires. Le Comité s'est fait dire que le gouvernement fédéral pouvait jouer un rôle majeur en continuant à financer les projets qui réussissent et en veillant à ce que les pratiques exemplaires soient implantées et incorporées dans les politiques et programmes permanents de l'ensemble des provinces et territoires.<sup>44</sup>

De nombreuses provinces sont en train de réformer leur secteur des soins primaires. Comment peut-on encourager la collaboration clinique entre les fournisseurs de soins primaires et les professionnels de la santé mentale? Par exemple, les psychiatres devraient-ils agir comme consultants auprès des équipes pluridisciplinaires de soins primaires ou en faire partie directement? Quels services spécialisés ou institutionnels en santé mentale et toxicomanie pourraient être avantageusement relogés avec les soins primaires? Quels sont les principaux obstacles à l'implantation de services de soins de santé mixtes? Quels sont les obstacles financiers? Faudra-t-il modifier les règles de pratique actuelles pour permettre le partage des soins de santé mentale? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager explicitement le

**Comment peut-on encourager la collaboration clinique entre les fournisseurs de soins primaires et les professionnels de la santé mentale?**

<sup>41</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.4.

<sup>42</sup> *Ibid.*

<sup>43</sup> Deuxième rapport, section 10.3.2.

<sup>44</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.4.

partage des soins de santé mentale dans le cadre de la réforme des soins primaires qu'il soutient? Combien d'argent faudrait-il pour généraliser cette organisation des soins?

Comment les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent-ils être intégrés à une équipe de soins de santé mentale? D'où viendrait l'argent nécessaire pour les rémunérer puisque, n'étant pas médecins, ils ne peuvent pas facturer leurs services sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé* parce que leurs services ne sont pas assurés par le régime d'assurance-maladie financé par l'État?

**Comment les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent-ils être intégrés à une équipe de soins de santé mentale?**

### 5.3 TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES ET POLICIERS

Toute une gamme de travailleurs apportent un soutien de type communautaire aux personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie. Il s'agit de membres ou d'employés de diverses organisations non gouvernementales ainsi que de nombreux organismes sociaux (assistance sociale, soutien du revenu, emploi, etc.).

Il y a cinq ans, la Nouvelle-Zélande a implanté un programme de formation qui procure une qualification aux travailleurs communautaires en santé mentale.<sup>45</sup> Quels types de formation obligatoire sont actuellement offerts à ces travailleurs communautaires au

**Il y a cinq ans, la Nouvelle-Zélande a implanté un programme de formation qui procure une qualification aux travailleurs communautaires en santé mentale. Quels types de formation obligatoire sont actuellement offerts à ces travailleurs communautaires au Canada?**

Canada? Devrait-on uniformiser les études et la formation de ces travailleurs? Faudrait-il mettre sur pied des programmes de formation comme ceux offerts en Nouvelle-Zélande? Dans l'affirmative, quels établissements devraient offrir cette formation? Faudrait-il confier à des organismes provinciaux et nationaux assimilables aux corporations chargées de l'autoréglementation des professionnels de la santé le soin de réglementer ces travailleurs? Le gouvernement fédéral devrait-il soutenir financièrement le lancement d'un tel programme de formation?

Le Comité sait aussi que, de plus en plus souvent, les policiers, et non pas les fournisseurs de soins de santé mentale, sont les premiers à entrer en contact avec une personne en crise. Il arrive fréquemment que les personnes atteintes de graves troubles mentaux n'aient nulle part où aller quand elles sont en crise et, lorsque cela se produit, on appelle les policiers pour qu'ils interviennent. Le Comité a appris que, malheureusement, les policiers n'ont généralement pas la formation voulue et ne disposent pas non plus de lignes

**Que faudrait-il faire pour améliorer la formation des policiers de façon qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Que faire pour augmenter la sécurité de ceux qui participent à l'intervention et aider les policiers à employer le moins de force possible lorsqu'ils appréhendent une personne en crise?**

<sup>45</sup> Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.3.2.

directrices sur lesquelles s'appuyer pour intervenir auprès des personnes en crise. Que faudrait-il faire pour améliorer leur formation de façon qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Que faire pour augmenter la sécurité de ceux qui participent à l'intervention et aider les policiers à employer le moins de force possible lorsqu'ils appréhendent une personne en crise?

#### 5.4 SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS

Les familles sont souvent la principale ressource et le seul soutien disponible pour les individus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. À cause des ressources limitées du système de santé et de la communauté, ce sont les parents qui hébergent leurs enfants malades, prennent soin d'eux, les surveillent et les aident financièrement.

Selon plusieurs études, outre qu'elle est une source d'énormes tensions et de stress affectif, cette situation draine les ressources financières des proches des personnes ayant une maladie mentale ou souffrant de toxicomanie. Les familles qui vivent avec une telle personne ont-elles un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches? Les familles sont-elles bien outillées pour s'occuper de leurs proches qui ont une maladie mentale ou une toxicomanie?

**Les familles qui vivent avec une personne ayant une maladie mentale ou une toxicomanie ont-elles un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches?**

Les familles font partie intégrante du traitement des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Elles constituent des alliés efficaces et bienveillants pour limiter la douleur et la souffrance du patient. Les aidants naturels devraient-ils être davantage mis à contribution dans le traitement des patients? De quelle façon devrait-on encourager leur participation au système de soins pour la santé mentale et contre la toxicomanie?



## CHAPITRE 6:

# BANQUE D'INFORMATION NATIONALE, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE

---

Le Comité est convaincu que, pour parvenir à des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies de grande qualité, il faudra nécessairement établir une banque d'information nationale, encourager la recherche sur la gestion de l'information en matière de santé en général, mais plus particulièrement de santé mentale et de toxicomanie, et exploiter judicieusement les technologies de l'information et des communications. Si des mesures en ce sens étaient prises, il serait possible de prendre des décisions mieux éclairées, d'établir des priorités et des politiques bien pensées et d'améliorer les résultats pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie.

### 6.1 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

Le cycle 1.2 de l'Enquête de Statistique Canada sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, qui portait sur la santé mentale et le bien-être, a permis de calculer pour la première fois des taux de prévalence de certaines maladies mentales, des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, des idées suicidaires et du jeu pathologique. L'enquête ne portait cependant pas sur le vaste éventail des troubles affectifs de l'humeur et des troubles anxieux couverts par l'enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être réalisée en Australie en 1997. Cette même enquête australienne se distingue également en ce sens qu'elle établissait une distinction entre la consommation excessive d'alcool et de drogue et la toxicomanie et qu'elle permettait d'évaluer aussi les troubles concomitants et la comorbidité. Le gouvernement australien envisage de réaliser une enquête sur la prévalence de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents, de même qu'une enquête sur les troubles psychotiques moins répandus comme la schizophrénie.<sup>46</sup>

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes devrait être répétée à intervalles réguliers et il serait utile d'en élargir la base pour couvrir un plus grand éventail de troubles mentaux, de groupes d'âges et de sous-groupes démographiques. Le Canada ne recueille pas régulièrement de données sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus – groupes qui semblent présenter un risque de maladie mentale plus élevé que la population en général.<sup>47</sup>

**L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes devrait être répétée à intervalles réguliers et il serait utile d'en élargir la base pour couvrir un plus grand éventail de troubles mentaux, de groupes d'âges et de sous-groupes démographiques.**

Est-ce que Statistique Canada devrait effectuer une enquête sur les enfants et les adolescents comme l'Australie entend le faire? Doit-on demander à Statistique Canada d'élargir la portée

<sup>46</sup> Premier rapport, chapitre 5, section 5.1 et 5.2.

<sup>47</sup> Premier rapport, chapitre 5, section 5.3.

de la prochaine Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne pour y inclure des questions permettant d'évaluer les troubles concomitants et la comorbidité, comme le fait l'enquête australienne? Que peut-on faire pour améliorer l'information sur la prévalence de la maladie mentale parmi les Autochtones, les sans-abri et les détenus? À quelle fréquence devrait-on administrer l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes? Devons-nous communiquer notre méthodologie d'enquête à d'autres pays pour permettre des comparaisons internationales valables et utiles?

**Que peut-on faire pour améliorer l'information sur la prévalence de la maladie mentale chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus?**

## 6.2 BANQUE D'INFORMATION NATIONALE

Actuellement, le Canada n'a pas de banque d'information sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans la population. Nous n'avons pas non plus de système d'information permettant de mesurer la situation des Canadiens sur le plan de la maladie mentale et d'évaluer les politiques, les programmes et les services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Bien difficile dans ces conditions de déterminer les besoins et la

**Actuellement, le Canada n'a pas de banque d'information sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans la population. Nous n'avons pas non plus de système d'information permettant de mesurer la situation des Canadiens sur le plan de la maladie mentale et d'évaluer les politiques, les programmes et les services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.**

qualité des services dans les provinces et les territoires.

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale prône l'établissement d'un système national d'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie reposant sur une collaboration dynamique de tous les paliers de gouvernement et de toutes les parties concernées, des personnes atteintes aux services de collecte de données. Plusieurs bases de données, dont celles que procurerait une enquête élargie sur la santé dans les collectivités canadiennes, pourraient servir de point de départ. Ce système initial pourrait être transformé en une banque de données bien organisée – à mesure qu'on y ajouterait de nouveaux indicateurs et de nouvelles sources de données – qui serait mise à la disposition des chercheurs et décisionnaires du secteur public et d'ailleurs.

Qui doit prendre l'initiative de faciliter la mise sur pied d'une telle banque d'information nationale? Quels seraient les rôles respectifs de Statistique Canada, de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, des Instituts de recherche en santé du Canada et des administrations provinciales et territoriales dans l'établissement et la gestion de ce système? Les réalisations de certains pays ou de certaines provinces peuvent-elles servir de modèle? Combien coûterait l'établissement d'une banque nationale d'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie?

**Qui doit prendre l'initiative de faciliter la mise sur pied d'une telle banque d'information nationale?**

## 6.3 RECHERCHE

### 6.3.1 Le financement

Ce sont les Instituts de recherche en santé du Canada qui, par la voie de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), sont la principale source fédérale de financement de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. En 2003-2004, les IRSC ont alloué 93 millions de dollars à l'INSMT, dont le budget de base totalise 623 millions de dollars. Sur ce total, quelque 33 millions de dollars vont à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie, soit 5,3 p. 100 du budget total de recherche en santé des IRSC.<sup>48</sup>

Pour beaucoup de témoins, la part du budget total de recherche en santé consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et aux toxicomanies est trop faible et ne reflète pas le fardeau que font peser les troubles mentaux et la toxicomanie sur l'économie. D'après certaines estimations, si le niveau de financement était en rapport avec le coût économique de la maladie, les IRSC devraient porter de 33 à au moins 80 millions de dollars par an les crédits consacrés à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie. Le Comité a par ailleurs appris que la part du budget total des IRSC consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie (5,3 p. 100) est relativement faible par rapport à ce qui se fait dans d'autres pays comme le Royaume-Uni (6,5 p. 100) et les États-Unis (10 p. 100).<sup>49</sup>

**La part du budget total de recherche en santé consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et aux toxicomanies est trop faible et ne reflète pas le fardeau que font peser les troubles mentaux et la toxicomanie sur l'économie. D'après certaines estimations, si le niveau de financement était en rapport avec le coût économique de la maladie, les IRSC devraient porter de 33 à au moins 80 millions de dollars par an les crédits consacrés à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie.**

Sur quoi faut-il se fonder pour déterminer la proportion des budgets de recherche à consacrer à telle ou telle maladie? Sur sa prévalence? Sur la morbidité et la mortalité? Sur le coût économique de la maladie? Est-ce bien la bonne façon de procéder? Les comparaisons internationales sont-elles utiles? Les allocations de fonds de recherche doivent-elles être déterminées exclusivement ou surtout en fonction de l'intérêt que présente chaque projet de recherche par rapport à toutes les demandes de financement soumises à l'organisme subventionnaire ou doivent-elles être déterminées en tenant compte de tous les chiffres et facteurs abordés plus haut?

**S'il faut allouer davantage de crédits à l'INSMT, comment faut-il s'y prendre? En distribuant différemment le budget des IRSC ou en augmentant le budget total de l'INSMT?**

S'il faut allouer davantage de crédits à l'INSMT, comment faut-il s'y prendre? En distribuant différemment le budget des IRSC ou en augmentant le budget total de l'INSMT? Doit-on instituer un fonds spécial consacré à la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Les IRSC doivent-ils créer un nouvel institut voué à la santé mentale, à la

<sup>48</sup> Premier rapport, chapitre 10, section 10.1.

<sup>49</sup> Premier rapport, chapitre 10, section 10.2.

maladie mentale et aux toxicomanies? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui le distinguerait de l'INSMT? Le Comité veut connaître votre avis et vos suggestions quant à l'augmentation du financement, par le gouvernement fédéral, de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

D'autres questions encore nous préoccupent : les autorités provinciales accordent-elles suffisamment d'argent à la recherche? Et les organisations de santé mentale, financent-elles suffisamment la recherche? Et les sociétés pharmaceutiques?

### 6.3.2 Le transfert du savoir acquis

Le Comité s'est aussi intéressé à la question du transfert du savoir, c'est-à-dire à la façon de permettre aux fournisseurs de services, aux établissements et aux collectivités locales (soit l'échelon de la prestation des services et des moyens de soutien) d'appliquer les résultats de la recherche. Il arrive en effet trop souvent que les découvertes issues de recherches publiées sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (médicaments, psychothérapies, etc.) ne sortent pas des laboratoires, privant ainsi les malades et les autres parties concernées de services utiles.

La situation du Canada à cet égard n'est pas unique. D'après un rapport américain, aux États-Unis, il s'écoule de 15 à 20 ans entre la découverte de formes de traitement efficaces (médicaments, thérapies, nouveaux modes d'administration des soins, etc.) et leur généralisation dans les soins aux malades. On précise dans le même rapport que, même quand les résultats des découvertes se répandent dans l'usage, on continue d'observer une grande variabilité dans les pratiques cliniques, dont certaines sont même incompatibles avec le modèle de traitement dont la supériorité est avérée.<sup>50</sup> En revanche, le Comité a appris qu'au Royaume-Uni, le National Institute for Mental Health in England (NIMHE) contribue énormément à diffuser les résultats de recherches les plus poussées jusqu'aux praticiens en santé mentale.<sup>51</sup>

**Il arrive en effet trop souvent que les découvertes issues de recherches publiées sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (médicaments, psychothérapies, etc.) ne sortent pas des laboratoires, privant ainsi les malades et les autres parties concernées de services utiles.**

Pourquoi est-il si difficile d'intégrer à la pratique courante les médicaments et thérapies modernes dont l'utilité est avérée? Comment peut-on surmonter cette résistance?

**Pourquoi est-il si difficile d'intégrer à la pratique courante les médicaments et thérapies modernes dont l'utilité est avérée? Comment peut-on surmonter cette résistance?**

Quelles mesures pourrait-on prendre pour encourager l'adoption rapide et universelle, par les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, des résultats prometteurs de la recherche obtenus par l'expérience clinique? Le gouvernement fédéral doit-il établir un fonds pour l'innovation afin d'encourager l'innovation dans la prestation des services et

<sup>50</sup> Premier rapport, chapitre 10, section 10.4.

<sup>51</sup> Deuxième rapport, chapitre 3, section 3.6.

d'accélérer la mise en pratique des résultats de la recherche ? De quel ordre de grandeur ce fonds devrait-il être? À quelles conditions devait être subordonné le financement de projets?

Le gouvernement fédéral doit-il envisager de créer un organisme analogue au NIMHE du Royaume-Uni pour faciliter l'application des connaissances ou cette tâche relève-t-elle de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies? Dans l'affirmative, comment faciliter sa tâche?

**Quelles mesures pourrait-on prendre pour encourager l'adoption rapide et universelle, par les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, des résultats prometteurs de la recherche obtenus par l'expérience clinique?**

Le Comité souhaite connaître l'avis des Canadiens sur la manière d'accélérer l'application des résultats de la recherche dans le traitement des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie.

### 6.3.3 La recherche sur des sujets humains

Comme nous l'avons signalé dans notre premier rapport, la recherche clinique sur la maladie mentale et la toxicomanie s'est accélérée depuis une vingtaine d'années, ce qui a grandement fait progresser les thérapies. Or, ces importants travaux de recherche exigent souvent la participation de sujets de recherche souffrant eux-mêmes de troubles mentaux.<sup>52</sup>

La recherche sur des personnes atteintes de maladie mentale ou souffrant de toxicomanie exige des précautions particulières. En effet, si tous les sujets qui participent à des recherches cliniques sont vulnérables jusqu'à un certain point, ceux qui prennent part à des travaux sur la maladie mentale ou la toxicomanie le sont encore plus du fait que les troubles dont ils souffrent, surtout s'ils affectent leurs facultés cognitives ou sont particulièrement graves, compromettent souvent leur capacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause. Or, la capacité de donner un consentement valable est évidemment une condition essentielle de la recherche sur des sujets humains. En conséquence, la vigilance s'impose quand il s'agit d'évaluer, chez les sujets potentiels, la capacité de prendre des décisions et de faire un choix, et d'informer les personnes pertinentes

**En effet, si tous les sujets qui participent à des recherches cliniques sont vulnérables jusqu'à un certain point, ceux qui prennent part à des travaux sur la maladie mentale ou la toxicomanie le sont encore plus du fait que les troubles dont ils souffrent, surtout s'ils affectent leurs facultés cognitives ou sont particulièrement graves, compromettent souvent leur capacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause.**

**Les lignes directrices qui régissent la recherche sur des sujets humains sont-elles suffisantes pour protéger les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie, particulièrement vulnérables? Sont-elles appliquées avec suffisamment de rigueur dans les essais cliniques menés en dehors des établissements d'enseignement?**

<sup>52</sup> Premier rapport, chapitre 11, section 11.6.

capables de prendre ces décisions à leur place, particulièrement lorsque la recherche en question ne présente pas nécessairement d'avantages directs pour le sujet concerné.<sup>53</sup>

Cela étant posé, le Comité considère primordial de protéger les droits et le bien-être des sujets de recherches en santé mentale et en toxicomanie. La recherche doit absolument respecter les normes d'éthique les plus élevées et ne jamais porter atteinte aux droits et à la dignité de la personne. Par contre, il faut se garder d'imposer des règles à un point restrictives qu'elles exacerbent la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale et à la toxicomanie et empêchent ce segment de population vulnérable de participer à des recherches d'une importance vitale qui pourraient améliorer les connaissances scientifiques sur les troubles qui les affectent et parfois même leur être personnellement bénéfiques. Les lignes directrices qui régissent la recherche sur des sujets humains sont-elles suffisantes pour protéger les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie, particulièrement vulnérables? Sont-elles appliquées avec suffisamment de rigueur dans les essais cliniques menés en dehors des établissements d'enseignement?

#### **6.3.4 Un programme de recherché national**

Les témoins qui ont parlé de la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie ont tous insisté sur la nécessité de disposer d'un programme de recherche national qui ferait fond sur le savoir-faire canadien actuel, qui coordonnerait les activités de recherche actuellement fragmentées menées par divers acteurs (gouvernements, organisations non gouvernementales, sociétés pharmaceutiques) et qui assurerait un équilibre entre la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services de santé et la recherche sur la santé de la population dans le grand domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.<sup>54</sup> À qui doit-on confier la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre et de coordonner un tel programme de recherche : à l'INSMT, aux IRSC ou à une toute autre organisation? Quels sujets de recherche doivent initialement avoir la priorité?

### **6.4 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS**

#### **6.4.1 Les dossiers de santé électroniques**

Comme le Comité l'a expliqué dans son rapport d'octobre 2002 sur les soins de santé, l'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques fournirait à chaque personne un dossier sûr, privé et complet relatant ses antécédents médicaux, à savoir les visites à des médecins de famille et des spécialistes, les hospitalisations, les prescriptions de médicaments, les tests de laboratoire, etc. Ce dossier pourrait être consulté en tout temps et en tout lieu par son titulaire et par les fournisseurs de soins de santé autorisés par lui.

Un tel système de dossiers de santé électroniques permettrait d'améliorer non seulement la qualité et l'opportunité des soins, mais aussi la gestion du système de santé et son efficience,

---

<sup>53</sup> Premier rapport, chapitre 11, section 11.6.

<sup>54</sup> Premier rapport, chapitre 10, section 10.5.

de même que la reddition de comptes. Les données extraites d'un tel système seraient par ailleurs extrêmement utiles à la recherche sur la santé.<sup>55</sup>

Tous les ordres de gouvernement du Canada sont bien conscients de l'utilité d'un système de dossiers de santé électroniques. En fait, le 11 septembre 2000, les premiers ministres s'étaient donné trois ans pour établir un tel système et étaient convenus de collaborer à l'élaboration de normes communes pour assurer la compatibilité et l'interopérabilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé et garantir l'inviolabilité des renseignements médicaux personnels. C'est à la suite de cette entente que le gouvernement fédéral a, en 2001, établi Inforoute Santé du Canada Inc., organisme doté d'un budget de 500 millions de dollars, pour soutenir et accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes de dossiers de santé électroniques interfonctionnels dans tout le pays.

Dans son rapport d'octobre 2002, le Comité s'était dit tôt à fait en faveur de l'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques. Nous avons souligné en particulier les travaux d'*Inforoute*, qui marquaient une étape importante vers l'intégration des infrastructures de la santé provinciales et territoriales existantes. Nous avons alors recommandé que le gouvernement fédéral accorde à *Inforoute* deux milliards de dollars sur cinq ans pour l'élaboration d'un système national de dossiers de santé électroniques à l'appui du système hospitalier et médical qui relève de l'assurance-maladie.<sup>56</sup> En 2003, le gouvernement fédéral a porté le capital d'*Inforoute* à 1,1 milliard de dollars.

**Le Comité estime que l'amélioration de la gestion de l'information sur la santé, en grande partie grâce à l'application du dossier de santé électronique, peut avoir un effet sur l'efficacité et l'efficience des services de santé mentale et du traitement des toxicomanies.**

Le Comité estime que l'amélioration de la gestion de l'information sur la santé, en grande partie grâce à l'application du dossier de santé électronique, peut avoir un effet sur l'efficacité et l'efficience des services de santé mentale et du traitement des toxicomanies. Premièrement, comme dans le cas des soins de santé physique, le dossier de santé électronique est une condition préalable nécessaire à l'instauration d'un système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie véritablement axé sur la personne. Deuxièmement, il présente un potentiel extraordinaire d'intégration des divers éléments du système de services de santé mentale et du système de traitement de la toxicomanie, lesquels fonctionnent actuellement en vase clos. Troisièmement, le fait de pouvoir échanger des renseignements sur la santé par des moyens sûrs, où et quand on en a besoin, permet d'optimiser les soins de santé mentale et d'accélérer le rétablissement des malades. Enfin, le dossier de santé électronique permet d'éviter de redemander les antécédents personnels et familiaux en matière de santé mentale chaque fois qu'une personne rencontre un nouveau professionnel de la santé mentale ou de la toxicomanie.

Le Comité voudrait savoir si le système de dossiers de santé électroniques en cours d'élaboration par Inforoute Santé du Canada Inc. suscite des inquiétudes particulières parmi les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Par exemple, les dossiers

<sup>55</sup> *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 10, section 10.2.

<sup>56</sup> *Ibid.*

psychiatriques sont-ils vraiment différents des autres types de dossiers médicaux et, dans l'affirmative, en quoi? L'information sur la santé mentale et la toxicomanie doit-elle être traitée différemment des autres données personnelles sur la santé contenues dans le dossier de santé électronique? Nous aimerions connaître les vues des fournisseurs de soins en santé mentale, des spécialistes de la toxicomanie, des malades et de leur famille.

Les questions les plus délicates que soulève le dossier de santé électronique concernent la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Nous traitons de ces questions en détail à la section 6.5 ci-dessous.

**Le Comité voudrait savoir si le système de dossiers de santé électroniques en cours d'élaboration par Inforoute Santé du Canada Inc. suscite des inquiétudes particulières parmi les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. L'information sur la santé mentale et la toxicomanie doit-elle être traitée différemment des autres données personnelles sur la santé contenues dans le dossier de santé électronique?**

#### 6.4.2 Les services de télésanté mentale

Comme le Comité l'a expliqué dans son rapport d'avril 2002, la télémédecine exploite le matériel de vidéoconférence et les appareils connexes pour fournir des soins de santé à distance. Elle permet donc d'améliorer grandement la qualité des soins et l'accès aux soins en temps opportun, en particulier dans les régions rurales et éloignées. Le matériel de vidéoconférence peut, par ailleurs, servir aussi à la formation permanente et au perfectionnement des fournisseurs de soins de santé dans les collectivités éloignées.<sup>57</sup>

Les services de santé mentale et les moyens de soutien connexes sont très inégalement distribués entre les régions. Ils font particulièrement défaut dans les régions rurales et éloignées, surtout dans les communautés et les réserves autochtones où les personnes qui en ont besoin sont souvent forcées de parcourir de grandes distances pour se les procurer. Nul doute que cela ajoute au stress déjà grand des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie.<sup>58</sup>

Quand ils sont forcés de quitter leur localité, les gens se trouvent privés de leurs systèmes naturels de soutien et de leurs réseaux de soins informels qui leur apportent l'aide financière, psychologique et sociale dont ils ont besoin pour se rétablir mais que n'offre pas le système médical. Si, pour certains, l'anonymat de la ville est un répit bienvenu qui les libère de la stigmatisation et de la honte, dans bien des cas, l'éloignement peut avoir des répercussions fâcheuses importantes sur les thérapies et leurs résultats.

On a dit au Comité que de transplanter des travailleurs de la santé mentale habitués à la ville en milieu rural – en admettant qu'il y en ait qui acceptent de le faire – ne donnerait pas nécessairement de bons résultats, car ceux-ci ne seraient pas qualifiés pour composer avec les particularités de la culture rurale et la myriade d'enjeux connexes.

Quelles sont les perspectives de la télémédecine dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Quels sont les problèmes à surmonter? Le gouvernement fédéral investit-il

<sup>57</sup> Principes et recommandations en vue d'une réforme, avril 2002, chapitre 4.

<sup>58</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.3.

suffisamment dans la télémédecine pour les besoins du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie?

Le Comité voudrait connaître l'avis des Canadiens sur l'expansion possible de la télémédecine en matière de prestation de services de santé mentale et de formation et de perfectionnement en santé mentale et en toxicomanie.

**Quelles sont les perspectives de la télémédecine dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Quels sont les problèmes à surmonter? Le gouvernement fédéral investit-il suffisamment dans la télémédecine pour les besoins du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie?**

### 6.4.3 Un réseau d'information sur la santé accessible sur internet

Les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et leur famille veulent de l'information à jour sur les troubles mentaux qui les frappent et sur les thérapies, services et moyens de soutien qui pourraient leur être utiles. Cependant, malgré l'essor des communications par Internet, les gens continuent d'avoir du mal à se procurer une information fiable quand ils en ont le plus besoin; à coup sûr, cette information n'est pas toujours accessible, ni à la portée de tous les Canadiens. En outre, la plupart du temps, il est bien difficile pour les personnes concernées de savoir si l'information qu'elles trouvent est juste et objective et si elles peuvent s'y fier.

Le Réseau canadien de la santé, établi conjointement par le gouvernement fédéral et certaines organisations du secteur de la santé, est considéré par beaucoup comme un des meilleurs du monde. Il offre à la population une information utile sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans 26 domaines clés, dont la santé mentale et la toxicomanie.

Certaines provinces ont aussi établi des sites Web consacrés à la maladie mentale et à la toxicomanie. Citons à titre d'exemple le site [www.heretohelp.bc.ca](http://www.heretohelp.bc.ca), établi par un groupe de sept organismes provinciaux sans but lucratif de la Colombie-Britannique et financé par le gouvernement provincial.

Dans son rapport d'avril 2002, le Comité recommandait la création d'un portail national public donnant accès à une information sur la santé qui soit complète, fiable et propre à faciliter la prise des décisions liées à la santé. Nous avons recommandé que l'on s'appuie pour cela sur le succès du Réseau canadien de la santé et que le portail assure l'intégration des portails provinciaux et territoriaux de manière à garantir la cohérence de l'information. Nous avons aussi précisé que le portail national devrait faciliter

**Dans son rapport d'avril 2002, le Comité recommandait la création d'un portail national public donnant accès à une information sur la santé qui soit complète, fiable et propre à faciliter la prise des décisions liées à la santé. Nous avons recommandé que l'on s'appuie pour cela sur le succès du Réseau canadien de la santé et que le portail assure l'intégration des portails provinciaux et territoriaux de manière à garantir la cohérence de l'information.**

l'accès des populations mal desservies (Autochtones, collectivités rurales et éloignées, etc.) à une information de haute qualité.<sup>59</sup>

Le Réseau canadien de la santé est-il bien placé pour devenir un site Web de confiance dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Comment le Réseau peut-il exploiter les forces de ses homologues provinciaux sans cependant faire double emploi?

**Le Réseau canadien de la santé est-il bien placé pour devenir un site Web de confiance dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Comment le Réseau peut-il exploiter les forces de ses homologues provinciaux sans cependant faire double emploi?**

## 6.5 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans son dernier rapport sur les soins de santé (octobre 2002), le Comité a traité de la question de la protection des dossiers de santé électroniques et de leur exploitation pour les fins de la recherche.

Pour ce qui est des dossiers de santé électroniques, nous avons noté d'importantes différences entre les lois sur la protection des renseignements personnels et les politiques d'accès aux données des provinces. Nous avons recommandé que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires se concertent pour harmoniser la protection des renseignements personnels sur la santé.

Nous avons aussi abordé la question du grand nombre d'intervenants dans la collecte des renseignements personnels sur la santé qui figureraient dans un dossier de santé. Nous avons recommandé que l'on institue des mesures de sécurité de pointe pour protéger les renseignements personnels sur la santé et que les divers dépositaires, qui ont accès aux dossiers, rendent compte de l'utilisation qu'ils en font.<sup>60</sup>

En ce qui concerne la recherche, le Comité s'était rangé à la nécessité d'autoriser un accès limité aux renseignements personnels sur la santé à des fins de recherche tout en préservant la confidentialité de cette information. Nous avons recommandé que le gouvernement fédéral mène une campagne de sensibilisation du public pour faire valoir les avantages de l'exploitation des renseignements personnels sur la santé pour les fins de la recherche sur la santé. Nous avons recommandé aussi que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les IRSC et les autres parties concernées, étudie les mécanismes d'examen et de contrôle nécessaires pour protéger les renseignements personnels sur la santé.<sup>61</sup>

Dans son premier rapport, le Comité faisait remarquer que, selon certaines personnes, la protection des renseignements personnels est peut-être encore plus préoccupante dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie que dans celui de la santé physique. Les témoignages que nous avons entendus nous forcent à nous demander si les politiques et les lois qui régissent la confidentialité et la protection des renseignements

<sup>59</sup> Principes et recommandations en vue d'une réforme, avril 2002, chapitre 4, section 4.7.

<sup>60</sup> Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 10.

<sup>61</sup> Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 12.

personnels – qui, en règle générale, servent assez bien les personnes mentalement compétentes – ne desservent en fait pas les intérêts des personnes qui, en raison de la nature et du caractère envahissant de la maladie mentale et de la toxicomanie, sont partiellement ou entièrement dépendantes de multiples prestataires de soins.<sup>62</sup>

Dans le contexte d'un système de dossiers de santé électroniques, le Comité est bien conscient que toute érosion des mesures de protection des renseignements personnels aurait de graves conséquences sur la confiance que les patients ont envers ceux qui leur dispensent des soins. Cependant, des témoins nous ont déclaré que, dans certaines circonstances, la stricte observance

**Les témoignages que nous avons entendus nous forcent à nous demander si les politiques et les lois qui régissent la confidentialité et la protection des renseignements personnels qui, en règle générale, servent assez bien les personnes mentalement compétentes, ne desservent pas en fait les intérêts des personnes qui, en raison de la nature et du caractère envahissant de la maladie mentale et de la toxicomanie, sont partiellement ou entièrement dépendantes de multiples dispensateurs de soins.**

des règles relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité va à l'encontre des intérêts des personnes dont la santé mentale est compromise. Il faut reconnaître ces difficultés particulières lorsqu'on élabore, interprète et applique les règles en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité, afin que les dispensateurs de soins de santé puissent apporter aux patients l'aide dont ils ont besoin.<sup>63</sup>

Le Comité voudrait connaître les vues des Canadiens à ce sujet. L'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques exige-t-il l'ajout de mesures de sécurité additionnelles pour protéger l'information sur la santé mentale et la toxicomanie ou faut-il au contraire prévoir des assouplissements pour que l'information circule mieux et que l'on puisse dispenser des soins de santé mentale de meilleure qualité avec une plus grande continuité? Nous aimerions savoir aussi s'il faut modifier les lois provinciales pour permettre la communication de renseignements sur les malades entre fournisseurs de soins.

L'observation rigoureuse des règles courantes de confidentialité et de protection des renseignements personnels peut avoir des conséquences fâcheuses. En effet, actuellement, un médecin ne peut communiquer aucune information personnelle aux soignants, parents, frères et sœurs ou enfants d'une personne atteinte de troubles mentaux ou de toxicomanie sans le consentement de celle-ci. Or, les personnes concernées ne sont pas toujours aptes à donner ce consentement.<sup>64</sup>

**Quels changements faudrait-il apporter aux règles pour faciliter la communication des renseignements concernant un malade à sa famille? Faut-il normaliser et uniformiser davantage les usages quant à la communication de renseignements personnels sur des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie?**

<sup>62</sup> Premier rapport, chapitre 11, section 11.3.

<sup>63</sup> Premier rapport, chapitre 11, section 11.7.

<sup>64</sup> Premier rapport, chapitre 11, section 11.3.

Existe-t-il des systèmes de santé mentale comportant des procédures et des formulaires de consentement meilleurs et plus clairs pour la divulgation d'informations aux familles? Quels changements faudrait-il apporter aux règles pour faciliter la communication des renseignements concernant un malade à sa famille? Faut-il normaliser et uniformiser davantage les usages quant à la communication de renseignements personnels sur des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie?

## CHAPITRE 7: LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

---

Le gouvernement fédéral a un rôle direct et un rôle indirect dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Son rôle direct tient à ses responsabilités constitutionnelles envers les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves, les détenus des pénitenciers fédéraux, les anciens combattants et les membres des Forces canadiennes, la GRC, et certains immigrants reçus et demandeurs du statut de réfugié. Le gouvernement fédéral est, par ailleurs, un gros employeur qui gère des effectifs considérables. Son rôle indirect tient à ce qu'il lui incombe de veiller à l'intérêt public au niveau national, ce qui couvre notamment les transferts aux provinces et territoires, la collecte de données, le financement de travaux de recherche, l'homologation des médicaments, les mesures de soutien du revenu et les pensions d'invalidité, certains programmes sociaux comme les mesures relatives au logement, la justice pénale et la promotion de la santé et du bien-être de la population. En conséquence, il existe un vaste éventail de programmes et de services fédéraux qui touchent la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.<sup>65</sup>

### 7.1 RÔLE DIRECT

Dans son premier rapport, le Comité signale la façon extrêmement fragmentée dont le gouvernement fédéral aborde les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie relativement aux divers groupes qui relèvent de lui : les services et moyens de soutien sont offerts par plusieurs ministères ou plusieurs directions ou divisions ministérielles, sans grande collaboration.

**La manière dont le gouvernement fédéral aborde les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie relativement aux divers groupes qui relèvent de lui est très fragmentée.**

Nous avons aussi fait état du manque de coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des programmes qui visent les Premières Nations, les Inuits et les détenus des pénitenciers fédéraux. Nous avons en outre signalé de nombreuses lacunes au niveau des services dans de nombreux programmes.<sup>66</sup>

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral ne semble pas s'être donné de stratégie à l'égard des groupes dont il est directement responsable, et encore moins une stratégie globale visant l'ensemble de la population. Nous n'avons observé aucun effort ayant pour objet d'élaborer un cadre fédéral global intégré ou d'obtenir la collaboration de tous les ministères et

**Nous n'avons constaté aucun effort ayant pour objet d'élaborer un cadre fédéral global intégré ou d'obtenir la collaboration de tous les ministères et organismes concernés.**

---

<sup>65</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.1.

<sup>66</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.2.

organismes concernés. On ne semble pas non plus chercher à concevoir une stratégie pour répondre aux besoins, en matière de santé mentale, des divers groupes qui relèvent du gouvernement fédéral.<sup>67</sup>

Que peut-on faire pour mieux coordonner et intégrer les mesures fédérales en matière de santé mentale et de toxicomanie à l'égard des groupes qui relèvent des autorités fédérales? Par exemple, faudrait-il que Santé Canada collabore avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord, le ministère du Développement des ressources humaines et les autres ministères concernés pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services de santé mentale et des traitements de la toxicomanie dans les communautés de Premières Nations et les collectivités inuites? Comment s'y prendre pour favoriser ce type de collaboration interministérielle? Vaudrait-il mieux confier à un seul ministère la prestation de tous les services concernant la santé mentale et la toxicomanie? Ou encore faudrait-il céder cette responsabilité aux provinces, le gouvernement fédéral se contentant d'assumer le coût des services fournis?

**Que peut-on faire pour mieux coordonner et intégrer les mesures fédérales en matière de santé mentale et de toxicomanie à l'égard des groupes qui relèvent des autorités fédérales?**

De même, que peut-on faire pour améliorer l'offre et la qualité des services et des moyens de soutien dont les détenus des pénitenciers fédéraux ont besoin? Que peut faire le gouvernement fédéral pour que le Service correctionnel du Canada soit mieux en mesure de répondre aux besoins sur le plan des services de santé mentale et du traitement de la toxicomanie?

Comment pourrait-on améliorer la collaboration entre les divers ordres de gouvernement en ce qui a trait à la prestation des services de santé mentale et au traitement de la toxicomanie pour les Premières Nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux? Dans le cas de ces derniers, par exemple, quelles politiques et quels programmes fédéraux et provinciaux faudrait-il harmoniser (par ex., le Code criminel et les lois provinciales sur la santé mentale)?

Les anciens combattants, ainsi que les membres des Forces canadiennes et de la GRC sont exclus de la définition de « personne assurée » aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans leur cas, les soins de santé, les services de santé mentale, la prévention du suicide et le traitement de la toxicomanie relèvent du ministère des Anciens combattants, du ministère de la Défense nationale et de Santé Canada. Comment pourrait-on mieux coordonner les programmes et les activités de ces ministères?

## 7.2 RÔLE INDIRECT

Outre un rôle direct, le gouvernement fédéral a aussi un rôle indirect dans le secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie dans la mesure où il doit voir à l'intérêt public d'un point de vue national. Des témoins ont fait remarquer au Comité que le gouvernement fédéral se sert régulièrement du pouvoir de dépenser que lui confère la

---

<sup>67</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.3.

Constitution pour influencer sur de vastes initiatives nationales qui relèvent de la politique de santé et de la politique sociale. En fait, ce pouvoir de dépenser est à la base de la *Loi canadienne sur la santé* et du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.<sup>68</sup>

Il a beaucoup été question, durant les audiences du Comité, de l'ambivalence qui persiste depuis 55 ans quant à la place des services de santé mentale dans le système public de soins de santé.<sup>69</sup> Actuellement, la *Loi canadienne sur la santé* exclut expressément de la définition de l'*intégralité* les services dispensés par des établissements psychiatriques. De nombreux services de santé mentale dispensés par des fournisseurs de soins autres que des médecins ne sont pas couverts par la *Loi*; c'est le cas par exemple des services des psychologues.<sup>70</sup>

**Il a beaucoup été question, durant les audiences du Comité, de l'ambivalence qui persiste depuis 55 ans quant à la place des services de santé mentale dans le système public de soins de santé.**

Actuellement, aucune portion spécifiée des transferts fédéraux n'est expressément vouée à la santé mentale et au traitement de la toxicomanie. Le Transfert canadien en matière de santé prévoit des fonds pour les services communautaires actifs de santé mentale mais aucun montant précis n'est réservé à cet usage.<sup>71</sup>

**Que peut faire le gouvernement fédéral pour dissiper l'ambivalence quant à la place de la santé mentale dans ses politiques et programmes d'envergure nationale?**

Que peut faire le gouvernement fédéral pour dissiper l'ambivalence quant à la place de la santé mentale dans ses politiques et programmes d'envergure nationale? Serait-il opportun de modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour inclure dans les services assurés les services dispensés par les établissements psychiatriques et par les psychologues? Le gouvernement fédéral doit-il vouer une partie donnée de ses paiements de transfert à la maladie mentale et à la toxicomanie? Faudrait-il pour cela adopter une loi sur la santé mentale? Le premier ministre doit-il nommer un ministre d'État à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie?

**Si le gouvernement fédéral décidait d'adopter des mesures incitatives propres à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie aient un accès universel et équitable aux services et aux moyens de soutien dont elles ont besoin, de quelle nature doivent être ces mesures et comment pourra-t-on le mieux atteindre l'objectif visé?**

Vaudrait-il mieux que le gouvernement fédéral institue un nouveau mécanisme de financement axé spécifiquement sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Faut-il subordonner les transferts aux provinces et aux territoires à certaines conditions relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie et, dans l'affirmative, lesquelles? Si le

<sup>68</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.

<sup>69</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.2.

<sup>70</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.5.1.

<sup>71</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.5.2.

gouvernement fédéral décidait d'adopter des mesures incitatives propres à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie aient un accès universel et équitable aux services et aux moyens de soutien dont elles ont besoin, de quelle nature doivent être ces mesures et comment pourra-t-on le mieux atteindre l'objectif visé?

Une autre question a été abordée durant les audiences du Comité : celle des médicaments de prescription et des services à domicile. Que peut faire le gouvernement pour que les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie bénéficient des pharmacothérapies dont elles ont besoin? Le régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription – envisagé par le Comité<sup>72</sup> et qui figure dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*

**Le régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription – envisagé par le Comité et qui figure dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé des premiers ministres (septembre 2004) – permettra-t-il que les personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie obtiennent les médicaments de prescription dont elles ont besoin?**

des premiers ministres (septembre 2004) – permettra-t-il que les personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie obtiennent les médicaments de prescription dont elles ont besoin? Ces personnes ont-elles des réserves au sujet de ce régime?

De même, de quelle forme de programme de soins à domicile (soins actifs de courte durée, évaluation des besoins ou soins de longue durée) a-t-on besoin dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie? L'entente des premiers ministres de septembre 2004 prévoyant la couverture intégrale de certains services de soins à domicile, notamment deux semaines de soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas et des services d'intervention d'urgence, est-elle suffisante ou faut-il envisager un programme plus complet?

**De quelle forme de programme de soins à domicile (soins actifs de courte durée, évaluation des besoins ou soins de longue durée) a-t-on besoin dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie?**

### 7.3 COLLABORATION INTERGOUVERNEMENTALE

Le gouvernement fédéral se sert depuis longtemps de son potentiel fiscal pour influencer sur les politiques nationales en matière de santé et de programmes sociaux, mais certains affirment que cela ne suffit pas. Des témoins ont dit au Comité qu'il est essentiel de resserrer très nettement la consultation et la collaboration intergouver-

**Il est essentiel de resserrer très nettement la consultation et la collaboration intergouvernementales pour assurer l'uniformité, élaborer et faire respecter des normes, harmoniser les mesures et lancer une initiative nationale en santé mentale.**

nementales pour assurer l'uniformité, élaborer et faire respecter des normes, harmoniser les mesures et lancer une initiative nationale en santé mentale. Cependant, c'est aux provinces et aux territoires qu'il incombe d'assurer la prestation des services liés à la santé mentale et à la toxicomanie sur leur territoire, et toute initiative fédérale doit en tenir compte. En

<sup>72</sup> Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 7.

conséquence, toute tentative de restructuration et de réforme du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie passe nécessairement par la consultation et la collaboration intergouvernementales.

Or, bien peu de ressources sont consacrées aux activités intergouvernementales dans ce domaine. Une structure a été certes établie le 17 avril 1986 – le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale – pour conseiller la conférence des sous-ministres de la santé sur la coopération entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales dans le domaine de la santé mentale. Cependant, à la fin des années 90, la Conférence des sous-ministres de la santé a cessé de financer le Réseau, si bien qu'on n'a plus les moyens de réunir les décideurs en santé mentale de tout le pays pour leur permettre d'échanger des informations et d'élaborer des politiques et des plans cohérents. Quelques provinces continuent de participer au Réseau consultatif, mais le financement plutôt restreint qu'elles fournissent limite l'envergure des travaux.<sup>73</sup>

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Faut-il révisiter le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale

pour lui donner un mandat plus vaste qui engloberait à la fois la santé mentale et la toxicomanie? Vaudrait-il mieux soit établir un tout nouvel organisme (sur le modèle de la commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande<sup>74</sup>, du National Institute for Mental Health in England<sup>75</sup> ou de l'ancienne Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick), soit confier ce mandat à un organisme existant (comme l'Agence de santé publique du Canada)?

Que peut faire le gouvernement fédéral pour faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui tentent une réforme et un renouvellement de leur système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie? Existe-t-il, au Canada, des modèles à émuler? Est-ce que la création d'un ministère

**Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie?**

**Toute tentative de restructuration et de réforme du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie passe nécessairement par la consultation et la collaboration intergouvernementales**

**Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie?**

**Que peut faire le gouvernement fédéral pour faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui tentent une réforme et un renouvellement de leur système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?**

<sup>73</sup> Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.

<sup>74</sup> Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.1.1.

<sup>75</sup> Deuxième rapport, chapitre 2, section 3.1.1.

d'État à la santé mentale et à la toxicomanie, comme il en existe en Colombie-Britannique, serait utile dans les autres provinces et territoires, voire au niveau fédéral?

#### 7.4 PLAN D'ACTION NATIONAL

On a fait valoir au Comité qu'en plus d'une bonne collaboration intergouvernementale, le Canada a besoin d'un plan d'action national complet en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie pour garantir la réussite de la réforme et de la restructuration. L'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni se sont déjà dotés d'une stratégie ou d'un plan d'action national en santé mentale. De l'avis de beaucoup, le Canada souffre de l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, ce qui a des conséquences non négligeables : les mesures de réforme du secteur de la santé, qu'il s'agisse de celles du gouvernement fédéral ou de celles des provinces et des territoires, ne traitent pas spécifiquement de la maladie mentale et de la toxicomanie; les rôles et responsabilités des parties concernées sont mal définis; le fait que les provinces et les territoires en soient chacun à des étapes différentes de réforme de leur système de soins relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie entraîne des inégalités ennuyeuses.

Beaucoup ont dit au Comité que le gouvernement fédéral devrait assumer un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action national. Ils estiment que c'est l'absence de leadership fédéral qui est à l'origine de l'approche fragmentée de la maladie mentale et de la toxicomanie, de l'apparition de modèles divergents voire incompatibles dans les diverses provinces et de doubles emplois inutiles et d'un gaspillage de ressources.

**Le Canada a besoin d'un plan d'action national complet en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie pour assurer la réussite de la réforme et de la restructuration. De l'avis de beaucoup, le Canada souffre de l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, ce qui a des conséquences non négligeables.**

Pour de nombreux témoins, le cadre national doit fixer des normes de service pour tous les aspects de la santé mentale (prévention, promotion de la santé, services communautaires aux malades hospitalisés et services spécialisés). Ces normes doivent aussi s'appliquer aux services dispensés durant toute la vie de chaque personne concernée. Le plan d'action doit faire une bonne place aux enfants et aux adolescents, aux Autochtones, aux personnes âgées, aux détenus des pénitenciers fédéraux, aux femmes et aux immigrants reçus.

**Beaucoup ont recommandé que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action national.**

Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes.

En septembre 2000, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, organisation qui représente une vingtaine d'ONG, a fait paraître un document de discussion dans lequel elle réclamait l'élaboration d'un plan d'action national qui susciterait une transformation fondamentale de la manière dont on aborde la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Ce document de travail se voulait la première étape d'un processus qui devait mener à un consensus sur un plan d'action national. Il s'agissait d'un outil permettant de faciliter la discussion, de susciter des idées et d'établir une coalition nationale forte pour promouvoir la mise en œuvre du plan d'action par tous les paliers de gouvernement. Il n'était pas conçu comme un document de discussion politique ni comme un guide de réforme systémique. Quels progrès ont été réalisés aux échelons fédéral, provincial et local depuis la parution de ce document de l'Alliance? Les objectifs ou la conception prônés par l'Alliance ont-elles été adoptés dans certaines régions? Les ONG représentées par l'Alliance doivent-elles aller plus loin et élaborer une proposition concrète de restructuration du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

De manière plus générale, qu'est-ce qui empêche actuellement l'élaboration d'un plan d'action national en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie? Comment ce plan devrait-il être élaboré et mis en œuvre? Faudrait-il procéder par étapes ou mettre en œuvre simultanément plusieurs grands systèmes? Faut-il un seul plan d'action pour l'ensemble du Canada ou des plans d'action par province et par territoire fondés sur une conception commune?

**Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes**

Outre qu'ils leur faut élaborer une démarche commune claire, les gouvernements devraient-ils définir des objectifs et normes détaillés en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie? Cela contribuerait-il à une meilleure évaluation des résultats obtenus auprès des malades et à une meilleure appréciation du rendement du système?

**Le plan d'action national doit-il être élaboré par étapes ou faudrait-il mettre en œuvre simultanément plusieurs grands systèmes? Faut-il un seul plan d'action pour l'ensemble du Canada ou des plans d'action par province et par territoire fondés sur une conception commune?**

Quels éléments doivent figurer dans un plan d'action national: sensibilisation et éducation du public et des professionnels; prévention de la maladie mentale et du suicide; diffusion d'informations ou de lignes directrices sur les pratiques exemplaires; planification des ressources humaines (formation et perfectionnement); financement de la recherche; mesures propres à encourager l'intégration systémique et la collaboration? Quelles doivent être les priorités?

**Quels éléments doivent figurer dans un plan d'action national?**

**Comment devons-nous nous y prendre pour faire en sorte que les personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et leur famille puissent participer pleinement à l'élaboration d'un plan d'action national?**

Comment devons-nous nous y prendre pour faire en sorte que les personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et leur famille puissent participer pleinement à l'élaboration d'un plan d'action national?

## CHAPITRE 8:

# FINANCEMENT DE LA RÉFORME, RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES

---

Le montant total du financement consacré aux services et moyens de soutien en matière de santé mentale et de traitement des toxicomanies suscite des préoccupations. IL a aussi beaucoup été question de la nécessité de trouver une formule de financement qui permette de distribuer équitablement dans tout le pays les fonds destinés aux services de santé mentale et au traitement des toxicomanies.

Le Comité a entendu dire que l'aboutissement de la restructuration du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie dépend non seulement d'une suffisance de ressources pour offrir les services et moyens de soutien nécessaires, mais aussi de la mise en place d'outils et de structures efficaces de contrôle et d'évaluation du rendement, d'une structure de gestion de l'information et d'un cadre de financement pour assurer une distribution équitable des fonds.

### 8.1 NIVEAU DE FINANCEMENT

La question du financement des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie est l'objet d'un intense débat au Canada, comme dans bien d'autres pays d'ailleurs. Des rapports provinciaux illustrent le sous-financement chronique des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Beaucoup de gens estiment que les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants pâtissent de ce manque de financement. En particulier celles qui appartiennent à une minorité ethnoculturelle, les sans-abri et celles atteintes de troubles multiples.<sup>76</sup>

De l'avis de nombreux témoins, les dépenses publiques consacrées à la santé mentale et à la toxicomanie au Canada sont bien faibles en regard de la prévalence et du fardeau économique de la maladie mentale et des toxicomanies, comparativement aux affections physiques. D'autres ont affirmé que les budgets sont insuffisants pour permettre une transition réussie des soins en institution à des soins et des moyens de soutien permettant la vie dans la collectivité.<sup>77</sup>

**De nombreux témoins sont d'avis que les dépenses publiques consacrées à la santé mentale et à la toxicomanie au Canada sont bien faibles en regard de la prévalence et du fardeau économique de la maladie mentale et des toxicomanies, comparativement aux affections physiques**

Malheureusement, il n'est pas facile de savoir combien d'argent exactement il faut consacrer à la maladie mentale, à la santé mentale et à la toxicomanie. Il est actuellement impossible d'obtenir des données globales sur les

**Il n'est pas facile de savoir combien d'argent exactement il faut consacrer à la maladie mentale.**

---

<sup>76</sup> Premier rapport, section 8.2.1.

<sup>77</sup> Premier rapport, chapitre 7.

dépenses au titre des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Il reste que beaucoup de témoins ont dénoncé les grandes lacunes des services et le fait qu'on répond mal aux besoins des personnes atteintes. Il faudra vraisemblablement augmenter les ressources consacrées à ce segment du système de santé. Pour déterminer les investissements nécessaires, il faudra d'abord se livrer à un examen en profondeur de la manière dont sont employées les ressources actuelles et élaborer un plan exploitant les façons les plus efficaces de faire un usage optimal des ressources courantes.

L'usage optimal des ressources soulève de nombreuses questions. Par exemple, est-il possible de modifier le système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie pour obtenir des gains d'efficacité et générer des économies suffisantes pour financer les services nécessaires de santé mentale et de traitement de la toxicomanie? Les pouvoirs publics doivent-ils consacrer davantage d'argent à ces services? Dans l'affirmative, combien? Et d'où doivent venir les crédits additionnels nécessaires : de la réaffectation de ressources courantes ou d'une augmentation des impôts?

Doit-on lier le montant des fonds destinés à la maladie mentale et à la toxicomanie à la prévalence de ces troubles et au fardeau qu'ils font peser sur l'économie? Quels doivent être le niveau et la forme de la contribution du gouvernement fédéral à cet égard? Doit-elle demeurer à l'intérieur du système actuel de transferts (TCMS et TCMPS) ou doit-elle relever d'une enveloppe nouvelle distincte?

**Doit-on lier le montant des fonds destinés à la maladie mentale et à la toxicomanie à la prévalence de ces troubles et au fardeau qu'ils font peser sur l'économie?**

Le Comité a noté avec intérêt que le gouvernement de la Nouvelle-Zélande s'est fixé des objectifs très détaillés (comme le nombre de lits d'hôpital, de travailleurs communautaires en santé mentale, de places de traitement à la méthadone, etc.) qui lui permettent de calculer le financement requis au niveau national et les besoins en matière de développement des services.<sup>78</sup> Le Canada doit-il suivre l'exemple de la Nouvelle-Zélande et se donner des objectifs en matière de ressources? Dans l'affirmative, ces objectifs doivent-ils ensuite servir de base au calcul des budgets du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires en matière de maladie mentale et de toxicomanie? Dans la négative, comment les budgets de ce secteur doivent-ils être calculés et par qui?

Le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie dépend de multiples sources de financement. Comme les services et les moyens de soutien, le financement est fragmenté entre de nombreux programmes. Le financement public de ce secteur doit-il continuer de provenir des divers ministères concernés ou vaudrait-il mieux que les gouvernements instituent un fonds interministériel ou des programmes ou mesures interministériels dont les coûts et les avantages seraient partagés?

**Vaudrait-il mieux que les gouvernements instituent un fonds interministériel ou des programmes ou mesures interministériels dont les coûts et les avantages seraient partagés?**

<sup>78</sup> Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.1.1.

Le Comité estime qu'il serait important d'aborder aussi la question de savoir si les fonds doivent viser surtout le traitement des signes et symptômes des troubles mentaux ou s'il faut également chercher à s'attaquer aux causes du mal. Il est également crucial de déterminer les activités à financer et, peut-être plus important encore, celles qu'il faut cesser de financer.

## 8.2 FINANCEMENT DISTINCT

Beaucoup de témoins ont recommandé un financement distinct réservé au secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Ils s'appuient en cela sur l'exemple de l'Australie qui a consenti aux États et territoires une augmentation des transferts réservée à la réforme du secteur de la santé mentale; des ententes intergouvernementales ont été signées dans lesquelles les États et territoires s'engagent à maintenir ou à protéger leur niveau de financement. Autrement dit, ces transferts étaient en sus du financement courant.<sup>79</sup> Doit-on adopter une approche analogue au Canada ou vaudrait-il mieux que le financement du secteur relève d'une enveloppe séparée? Est-ce que la création de fonds réservés permettrait mieux de faire en sorte que le financement du secteur soit prévisible, durable et équitable?

**Faut-il réserver une part des transferts à la santé mentale et à la toxicomanie?**

Quels seraient les inconvénients de cette formule? Par exemple, court-on le risque que les fonds servent essentiellement à financer de soins primaires au détriment des moyens de soutien à caractère social?

## 8.3 RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES

De nombreux rapports provinciaux et des témoins ont fait état du manque criant de mécanismes de reddition de comptes dans le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement et des multiples fournisseurs de services ne sont pas clairement définis. On a aussi besoin d'un système d'évaluation du rendement pour contrôler la qualité et l'efficacité des services offerts et la productivité globale du système.<sup>80</sup>

**On observe un manque criant de mécanismes de reddition de comptes dans le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement et des multiples fournisseurs de services ne sont pas clairement définis.**

Dans son rapport d'octobre 2002 sur le régime de santé, le Comité avait recommandé la création d'un conseil national des soins de santé pour améliorer la responsabilisation dans le secteur de la santé et faire rapport sur le rendement du système (rentabilité, efficacité, qualité et résultats des soins).<sup>81</sup> Nous avons aussi recommandé que les deux paliers de

**Comment doit-on tenir les Canadiens au courant des progrès des gouvernements sur le plan de la réforme du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?**

<sup>79</sup> Deuxième rapport, chapitre 1, section 1.2.

<sup>80</sup> Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

<sup>81</sup> *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 1, p. 5-21.

gouvernement rendent compte de l'usage des fonds publics destinés à la santé.<sup>82</sup>

Comment doit-on tenir les Canadiens au courant des progrès des gouvernements sur le plan de la réforme du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie? De la mise en œuvre des plans nationaux et provinciaux? De la réduction de la stigmatisation et de la discrimination? De l'offre de ressources humaines?

Faut-il instituer des programmes d'assurance de la qualité? Comment définir la qualité et, tout aussi important, comment la mesurer? Suivant quel processus doit-on élaborer un programme d'assurance de la qualité?

**Faut-il instituer des programmes d'assurance de la qualité? Comment définir la qualité et, tout aussi important, comment la mesurer?**

La reddition de comptes et les indicateurs de rendement sont tout aussi importants dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie qu'ils le sont dans celui des soins de santé en général. En 2000, le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale a publié un document contenant une trousse d'indicateurs de rendement pour faciliter la reddition de comptes et l'évaluation permanentes des services et moyens de soutien en santé mentale. Cette trousse très détaillée, préparée à l'intention des provinces et des territoires, propose des indicateurs permettant de suivre le rendement au niveau du système, du programme et du client. Ces indicateurs sont-ils utilisés dans une province ou un territoire? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager l'utilisation de ces indicateurs? Dans l'affirmative, comment?

**Les indicateurs de rendement élaborés en 2000 par le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale sont-ils utilisés dans une province ou un territoire? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager l'utilisation de ces indicateurs? Dans l'affirmative, comment?**

Le Conseil national des soins de santé proposé par le Comité et qui, une fois établi, s'est appelé le Conseil national de la santé, est-il l'organe approprié pour évaluer le rendement du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie, faire rapport à ce sujet et améliorer la reddition de comptes? Ou est-ce que, comme ce système a besoin de services provenant d'un bien plus vaste éventail de programmes et de secteurs que le système de soins de santé, il ne vaudrait pas mieux confier ces responsabilités à un autre organe, comme l'Agence de santé publique du Canada ou une nouvelle organisation fédérale-provinciale-territoriale?

**Le Conseil national des soins de santé est-il l'organe approprié pour évaluer le rendement du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie, faire rapport à ce sujet et améliorer la reddition de comptes?**

<sup>82</sup> *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 14, p. 255-264.

## CONCLUSION

---

Le Comité sait que si la liste des sujets abordés et des solutions proposées dans le présent rapport est assez longue, il est encore loin d'avoir fait le tour de la question. Certains lecteurs auront d'autres sujets à proposer ou nous suggéreront de nouvelles solutions. Nous nous réjouissons d'avance de leur contribution. Nous sommes convaincus que leur participation contribuera à rehausser le débat sur toutes les questions qui touchent le secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Nous savons parfaitement que les vrais experts de la maladie mentale et de la toxicomanie sont les personnes atteintes et leur famille ou ceux qui s'en occupent. Vous hésitez peut-être à parler ouvertement de vos préoccupations et de vos propositions de réforme par peur du qu'en-dira-t-on. Nous avons pourtant bien besoin de vous! Nous avons donc dressé une liste abrégée de questions qui se trouve sur le site Web du Comité. Nous aimerions que vous y répondiez, soit directement par courriel, soit par la poste, puisque le questionnaire est disponible en format imprimable.

**Le Comité a besoin de l'opinion des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et de leur famille.**

Outre les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie, leur famille et leurs soignants, nous invitons vivement les professionnels de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie, les autres fournisseurs de services de santé, les représentants d'organisations non gouvernementales et les porte-parole des gouvernements et ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que le grand public à prendre le temps de lire le document *Questions et options* et les deux rapports qui l'accompagnent et de nous faire part de leurs vues sur les solutions de réforme qu'ils préfèrent en nous indiquant les raisons de leur choix. Nous comptons sur l'aide de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes dans la préparation de notre rapport final et de nos recommandations. Veuillez faire parvenir vos commentaires à l'adresse suivante :

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

Le Sénat

Ottawa (Ontario) K1A 0A4

[soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca](mailto:soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca)

Télécopieur : (613)990-6666



**ANNEXE A:**

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

---

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	David Loïse Murray Ronald	26 février 2003	9
	J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain	5 juin 2003	17
	Nancy Hall, conseillère en santé mentale	8 mai 2003	16
	Thomas Stephens, expert- conseil	20 mars 2003	11
Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique	Dr Alain Lesage, président sortant	19 mars 2003	11
Académie canadienne de psychiatrie et de droit	Dre Dominique Bourget, présidente	5 juin 2003	17
Association canadienne de la santé mentale de l'Ontario	Patti Bregman, directrice des programmes	12 juin 2003	18
Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Margaret Synyshyn, présidente	29 mai 2003	16
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1er mai 2003	13
Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine	Dre Joanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé au Canada	30 avril 2003	13

<b>ORGANISMES</b>	<b>NOM</b>	<b>DATE DE COMPARUTION</b>	<b>FASCICULE</b>
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15
	Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public	28 mai 2003	16
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, directeur	12 juin 2003	18
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Dr David K. Conn, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique	4 juin 2003	17
Colombie-Britannique, Province de la	Patrick Storey, président, Conseil consultative du minister sur la santé mentale	14 mai 2003	15
	Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell	12 juin 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, psychologue	4 juin 2003	17
Hôpital Douglas	Eric Latimer, économiste de la santé	6 mai 2003	14
	Dr James Farquhar, psychiatre		
	Dre Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill		
	Myra Piat, chercheuse		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes	6 mai 2003	14
	Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes		
	Jacques Hendlisz, directeur général		
	Robyne Kershaw-Bellmare, directrice des soins infirmiers		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	6 mai 2003	14
	Dr Pierre Lalonde, directeur, Clinique des jeunes adultes		
Hôpital St. Michaels	Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide	19 mars 2003	11
Institut canadien d'information sur la santé	Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse	20 mars 2003	11
	Carolyn Pullen, expert conseil		
	John Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	6 mai 2003	14
	Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones	28 mai 2003	16
	Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations	12 juin 2003	18
Santé Canada	Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	19 mars 2003	11
	Pam Assad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	30 avril 2003	13
Société Alzheimer du Canada	Steve Rudin, directeur exécutif	4 juin 2003	7
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente élue	1er mai 2003	13
	Marie-Adèle Davis, directrice exécutive		
Statistique Canada	Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé	20 mars 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, psychologue	4 juin 2003	17

<b>ORGANISMES</b>	<b>NOM</b>	<b>DATE DE COMPARUTION</b>	<b>FASCICULE</b>
Université de Calgary	Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie	29 mai 2003	16
Université de la Colombie-Britannique <i>(par vidéoconférence)</i>	Dre Charlotte Waddell, professeur adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	1er mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
Université du Manitoba	John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine	28 mai 2003	16
	Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique	29 mai 2003	
Université McGill	Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas	1er mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Montréal	Dr Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants	6 mai 2003	14
	Dr Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine		
	Dre Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine		
Université d'Ottawa	Tim D. Aubry, professeur associé; co-directeur, Centre de recherche sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, professeur, École de travail social	6 mai 2003	14
	Dr Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
Université Queen's	Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie	20 mars 2003	11

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Toronto	Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children	30 avril 2003	13
Université de Toronto	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16



**ANNEXE B:**

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ  
DEUXIÈME SESSION DE LA 37<sup>E</sup> LÉGISLATURE  
(30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003)**

<b>ORGANISMES</b>	<b>NOM</b>	<b>DATE DE COMPARUTION</b>	<b>FASCICULE</b>
À titre personnel	Charles Bosdet Pat Caponi Don Chapman,	29 avril 2004	7
Alberta Mental Health Board	Ray Block, directeur général	28 avril 2004	7
	Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison		
Alliance de la Fonction publique du Canada	John Gordon, vice-président executive national	1er avril 2004	5
	James Infantino, agent des pensions et assurances d'invalidité		
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé	31 mars 2004	5
Association canadienne des troubles anxieux	Peter McLean, vice-président	12 mai 2004	9
Association canadienne pour la santé mentale	Penny Marrett, chef de la direction	12 mai 2004	9
Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale	31 mars 2004	5
	Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada		
Association médicale canadienne	Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire	31 mars 2004	5
	Dr Sunil Patel, président		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration	31 mars 2004	5
Australie, Gouvernement d' <i>(par vidéoconférence)</i>	Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse	20 avril 2004	6
	Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse		
Bureau du Conseil Privé	Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat	1er avril 2004	5
	Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, directrice exécutive	21 avril 2004	6
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants	5 mai 2004	8
	Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants		
	Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé		
Chambre des communes	L'honorable Jacques Saada, C.P., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique	1er avril 2004	5

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-grant, spécialiste en ressources humaines	1er avril 2004	5
	Sean Reid, gestionnaire principal, Communication corporatives		
Fédération canadienne des contribuables	Bruce Winchester, directeur de recherche	22 avril 2004	6
Fédération des programmes communautaires de la santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario	David Kelly, directeur exécutif	5 mai 2004	8
Hôpital Douglas	Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill	21 avril 2004	6
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	Richard Brière, directeur adjoint	21 avril 2004	6
Justice, Ministère de la	Manon Lefebvre, conseillère juridique	22 avril 2004	6
Mercer consultation en ressources humaines	Bernard Potvin, conseiller principal	22 avril 2004	6
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario	13 mai 2004	9
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la <i>(par vidéoconférence)</i>	Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé	5 mai 2004	8

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la <i>(par vidéoconférence)</i>	David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale	5 mai 2004	8
	Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris		
	Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale		
Ontario Hospital Association	Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale	31 mars 2004	5
Ressources humaines et Développement des compétences Canada	Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri	29 avril 2004	7
	Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri		
Royaume-Uni, Gouvernement du <i>(par vidéoconférence)</i>	Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé	6 mai 2004	8
	Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale		
Santé, Ministère de la de la Nouvelle Écosse	Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins	28 avril 2004	7
Secrétariat du Conseil du Trésor	Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions	1er avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Services de santé de la Colombie-Britannique, Ministère des	Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie	28 avril 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dre Cornelia Wieman, psychiatre	13 mai 2004	9
Société canadienne de psychologie	John Service, directeur exécutif	31 mars 2004	5
Société canadienne de schizophrénie	John Gray, président élu	12 mai 2004	9
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	Phil Upshall, président	12 mai 2004	9
Université McGill <i>(par vidéoconférence)</i>	Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie	13 mai 2004	9
Université Simon Fraser <i>(par vidéoconférence)</i>	Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale	29 avril 2004	7
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, coordonnateur	1er avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health <i>(par vidéoconférence)</i>	Michael Hogan, président	1er avril 2004	5



**ANNEXE C:**

**LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU  
COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS  
LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE**

---

**GROUPE CANADIEN DE RECHERCHE**

Action cancer Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en soins palliatifs, directeur de la Manitoba Palliative Care Research Unit d'Action cancer Manitoba
Hôpital Douglas, Centre de recherche de l'	Ashok Mall, MD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada pour l'étude des premiers stades de la psychose, professeur en psychiatrie à l'Université McGill
Université Carleton	Dr Hymie Anisman, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neuroscience, chercheur supérieur attaché à la Fondation ontarienne de santé mentale
Université de l'Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, professeur et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neurochimie et en développement de médicaments
Université du Manitoba, Faculté de médecine de l'	Brian J. Cox, docteur en psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les troubles de l'humeur et sur les troubles anxieux, professeur agrégé de psychiatrie
Université McGill	Eric Fombonne, MD, MCRMC (Psych.), titulaire d'une chaire de recherche du Canada en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, directeur du Département de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Montréal

## DOYEN D'UNIVERSITÉ

Centre universitaire de santé McGill	Joel Paris, MD, professeur titulaire et directeur du Département de psychiatrie
Hôpital général de Kingston	Samuel K. Ludwin, MBB, Ch., MCRMC, vice-président du développement à la recherche
Université de l'Alberta	Dr L. Beauchamp, doyen de la Faculté d'éducation
Université de l'Ouest de l'Ontario	Dr Carol P. Herbert, doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université de Sherbrooke	Pierre Labossière, ing., PhD, vice-recteur adjoint à la recherche

## GROUPE RELATIF À LA MALADIE

CRSNG	Thomas A. Brzustowski, président
La Fondation ontarienne de la santé mentale	Howard Cappell, PhD, c. psych., directeur exécutif
Société canadienne de schizophrénie	Fred Dawe, président

## INDUSTRIE

Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, vice-président des Affaires générales de la société
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, vice-président des Affaires publiques
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	Murray J. Elston, président
Merck Frosst Canada Ltée	André Marcheterre, président
Roche Pharmaceutiques	Ronnie Miller, président-directeur général

## GROUPE D'ÉTHIQUE EN SANTÉ MENTALE

Armée du Salut - Territoire du Canada et des Bermudes	Glen Shepherd, colonel et secrétaire en chef
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill	Maurice Dongier, professeur en psychiatrie
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Paul E. Garfinkel, MD, FRCP, président-directeur général
Hôpital St-Paul	Mark Miller, éthicien
Office régional de la santé de Winnipeg	Linda Hughes, présidente du Comité d'éthique en santé mentale de l'ORSW
St-Joseph's Health Care Centre du Parkwood Hospital de London	Maggie Gibson, PhD, psychologue du Programme des soins aux anciens combattants
Université de l'Alberta	Genevieve Gray, doyenne et professeure de la Faculté en soins infirmiers
Université de l'Alberta, Faculté des sciences infirmières et Centre John Dossetor d'éthique en santé de l'	Wendy Austin, inf. aut., titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Université de la Colombie-Britannique	Peter D. McLean, PhD, professeur et directeur de l'Unité des troubles anxieux
Université de l'Ouest de l'Ontario	Nancy Feduk, adjointe exécutive au doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université Queen's	J. Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie
Université York	David Shugarman, directeur

## PRÉSIDENT D'UNIVERSITÉ

Institut de recherches en santé mentale de l'Université d'Ottawa	Zul Merali, PhD, président-directeur général
Université de Lethbridge	Lynn Basford, doyenne de la Faculté en sciences de la santé
Université McGill	Heather Munroe-Blum, professeure d'épidémiologie et de biostatistiques

## RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

Association canadienne de la santé mentale	Bonnie Pape, directrice des programmes et de la recherche au Bureau national de l'Association canadienne de la santé mentale
Cabinet du vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa	Yvonne Lefebvre, PhD, vice-présidente associée à la recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Rémi Quirion, directeur scientifiques de l'INSMT
Centre universitaire de santé McGill	Juan C. Negrete, MD, MCRMC, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, président de la Section des toxicomanies, de l'Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	David K. Conn, MB, MCRMC, coprésident de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, professeur agrégé du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	J. Kenneth Le Clair, MD, MCRMC, coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeur et directeur de l'Unité de gériatrie du Département de psychiatrie de l'Université Queen's, directeur clinique du Programme spécialisé de psychiatrie gériatrique
Développement des ressources humaines Canada	Deborah Tunis, directrice générale du Bureau de la condition des personnes handicapées

The Family Council : Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, coordonnatrice du Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, affiliée au Centre de toxicomanie et de santé mentale	Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général
Hôpital d'Ottawa	Paul Roy, MD, MCRMC, professeur adjoint en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur du programme « Premier épisode pour les maladies psychotiques » d'Ottawa
Hôpital royal d'Ottawa	J. Paul Fedoroff, MD, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur de recherche au Service médico-légal de l'Institut de recherche en santé mentale
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Michel Perreault, PhD, chercheur à l'Hôpital Douglas
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr. Jeff Reading, PhD, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones
Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick	Ken Ross, sous-ministre adjoint
ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone	Judith G. Bartlett, MD, CMFC
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, MD, MCRMC, psychiatre
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre de l'Université de Toronto	N. Herrmann, médecin, MCRMC
Syncrude	Eric P. Newell, président-directeur général
Unité de l'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique	Elliot Goldner, MD, MScS, MCRMC, chef de la Division de la politique et des services de santé mentale

Université Dalhousie, Département de psychologie de l'	Patrick J. McGrath, OC, PhD, MSRC, titulaire de la chaire Killam de psychologie, professeur de pédiatrie et de psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada, psychologue au IWK Hospital
Université Dalhousie, Faculté de médecine de l'	David Zitner, PhD, directeur en informatique médicale
Université d'Ottawa, École de psychologie de l'	John Hunsley, PhD, c. psych., professeur en psychologie
Université d'Ottawa, Faculté de médecine de	Jacques Bradwejn, MD MCRMC, DABPN, président du Département de psychiatrie
Université McMaster	Docteur Richard P. Swinson, MD, MCRMC, titulaire de la chaire Morgan Firestone de psychiatrie et de neurosciences du comportement à l'Université McMaster, chef du Département de psychiatrie du St. Joseph's Healthcare Centre