

CANADIAN ALLIANCE
ON MENTAL ILLNESS
AND MENTAL HEALTH



ALLIANCE CANADIENNE
POUR LA MALADIE MENTALE
ET LA SANTÉ MENTALE

CADRE D'ACTION SUR LA MALADIE MENTALE ET LA SANTÉ MENTALE

**Recommandations aux
décideurs des politiques sociales et de
santé du Canada pour un plan d'action national
sur la maladie mentale et la santé mentale**

FÉVRIER 2006

**CANADIAN ALLIANCE
ON MENTAL ILLNESS
AND MENTAL HEALTH**



**ALLIANCE CANADIENNE
POUR LA MALADIE MENTALE
ET LA SANTÉ MENTALE**

L'ACMMSM se compose d'ONG nationaux dont le mandat englobe les questions liées à la maladie mentale et à la santé mentale. Les membres en sont présentement : la Société canadienne de l'autisme - l'Association canadienne de prévention du suicide - l'Association canadienne des ergothérapeutes - l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux - la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées - l'Association canadienne des soins de santé – l'Association médicale canadienne - l'Association canadienne pour la santé mentale – le Comité canadien de liaison sur l'intervention policière en santé mentale - l'Association des psychiatres du Canada - la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie - la Société canadienne de psychologie - la Société pour les troubles de l'humeur au Canada - le Réseau national pour la santé mentale - l'Association pour la santé mentale des Autochtones du Canada - Les infirmières psychiatriques autorisées du Canada et la Société canadienne de la schizophrénie.

Qu'est-ce que l'ACMMSM?

Fondée en 1998, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) est la plus grande coalition axée sur la maladie mentale, la santé mentale et les toxicomanies au Canada.

L'ACMMSM se compose des principales organisations nationales dont les activités englobent le vaste continuum de la santé mentale. Elles représentent les consommateurs et leurs familles, les fournisseurs de services sociaux et de santé, les associations professionnelles, les organismes de recherche et communautaires. Ensemble, elles constituent un réseau actif d'organismes nationaux, provinciaux et communautaires qui se consacre à répondre aux besoins de la population canadienne en matière de santé mentale, d'un océan à l'autre.

La mission de l'ACMMSM

La mission de l'ACMMSM consiste à faciliter et à promouvoir la création, l'adoption et la mise en œuvre d'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale.^a

À cette fin, l'ACMMSM réclame un accès accru à des services et soutiens de meilleure qualité pour les personnes aux prises avec la maladie mentale ou des obstacles à la santé mentale, ainsi qu'une attention particulière aux stratégies de promotion des pratiques de santé mentale.

L'ACMMSM adopte une perspective de santé de la population, ce qui comprend le continuum complet des déterminants de la santé ayant démontré une influence favorable sur la santé mentale et le bien-être. Les soins et le rétablissement de la maladie mentale, ainsi que les efforts en vue de la prévenir et de promouvoir la santé mentale font tous partie du continuum de la santé mentale et de la maladie mentale. L'ACMMSM est d'avis que ces activités doivent être offertes dans la collectivité et que les consommateurs doivent être informés de leur importance dans la vie quotidienne.

L'ACMMSM soutient :

- que le système de santé doit être en mesure de donner accès à tous les gens du Canada, pour combler leurs besoins en matière de santé physique et mentale;
- que la promotion de la santé mentale, ainsi que le traitement des maladies et troubles mentaux, et des toxicomanies, de même que leur suivi et leur prévention sont la responsabilité de *tous* les gouvernements;
- que les programmes et services de santé mentale doivent être fondés sur les meilleures pratiques;
- que les consommateurs des services de santé mentale et leurs familles doivent jouer un rôle actif dans l'élaboration et la prestation des programmes et services;
- que les déterminants sociaux de la santé sont essentiels à la santé mentale;
- qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale;
- que les déterminants culturels de la santé sont essentiels pour les peuples des Premières nations, les Inuits et les Métis;
- que la santé mentale concerne les personnes de tous les âges.
- Les membres de l'ACMMSM constituent une source d'expertise en matière de politiques, de programmes et de stratégies pour la réforme du système. Ces membres tirent parti de toute occasion de revendiquer l'accès accru et la qualité des services, de favoriser la sensibilisation par l'éducation, et de faire évoluer les connaissances par la recherche et l'application du savoir.

^a REMARQUE : En général, l'ACMMSM utilise le terme générique « santé mentale » pour englober le continuum de la bonne santé mentale, de la maladie, des troubles, des états mentaux, et des toxicomanies; et le terme « états de santé mentale » ou « maladie mentale » recouvre le spectre de la maladie, des troubles, des états mentaux et des toxicomanies diagnostiquables.

Cadre d'action sur la maladie mentale et la santé mentale

Table des matières

QU'EST-CE QUE L'ACMMSM	i
SOMMAIRE	iii
POURQUOI S'INQUIÉTER	1
TROIS PRIORITÉS DE LA RÉFORME	4
MESURES ADOPTÉES PAR D'AUTRES PAYS	6
CADRE D'ACTION POUR LES GOUVERNEMENTS	
Leadership du gouvernement sur le système : fédéral	9
Leadership du gouvernement sur le système : provinces et territoires	10
Système national de collecte de données et de rapports	11
Investissements dans la recherche	12
Promotion de la santé mentale	13
Annexe I : Déterminants de la santé de l'OMS	15
Annexe II : Activités de l'ACMMSM	16
Annexe III : Membres de l'ACMMSM	18
Bibliographie	21

SOMMAIRE

Le Canada est le seul pays industrialisé qui ne s'est pas doté d'une stratégie ou d'un plan national de santé mentale. Par conséquent, au Canada, les gens souffrent d'incapacité et de mortalité évitables par suite de maladie mentale, de toxicomanies et de mauvaise santé mentale, et les coûts du système sont en hausse constante. Une personne sur cinq, au Canada, souffre de maladie mentale et dépend du soutien de sa famille, de la collectivité, de l'économie et d'un système de service social à bout de souffle. Ce document explique pourquoi une stratégie nationale de santé mentale est nécessaire au plus tôt.

La plupart des gouvernements canadiens ont adopté des mesures pour améliorer la qualité des services de santé mentale et l'accès à ceux-ci, de même que la promotion de la santé mentale. Cependant, ces mesures ont été habituellement sporadiques, sous-financées ou incohérentes. Seule une approche coordonnée inter-compétences parmi les gouvernements peut vaincre les obstacles qui nuisent à la réussite d'une réforme de la santé mentale au Canada.

En septembre 2004, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) se sont engagés à un Plan d'action de 10 ans en matière de soins de santé qui se basait sur une vision nationale d'un accès accru et d'une meilleure qualité des services. Ce plan d'action négligeait malheureusement l'engagement à une amélioration complète des traitements de santé mentale, des services de suivi et des stratégies de prévention, et n'abordait pas la promotion de la santé mentale. Sans un engagement concerté en la matière, les coûts humains et financiers de la maladie mentale et d'une mauvaise santé mentale ne peuvent que s'accroître, et notre système de santé continuera de périlcliter.

Les gouvernements du Canada doivent agir rapidement pour réagir à la prévalence en hausse des états de santé mentale, à leurs coûts croissants pour notre économie, et à l'impuissance sérieuse de nos systèmes de santé et de services sociaux de répondre aux besoins changeants.

Les gouvernements doivent aussi faire face aux problèmes de santé mentale particulièrement difficiles et longtemps ignorés que connaissent les communautés des Premières nations, Métis et Inuits. Cela doit être entrepris avec la pleine participation des chefs des Premières nations, Métis et des Inuits, et des communautés mêmes.

La situation du Canada se compare à celle du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Chacun de ces pays a adopté un plan d'action national sur la santé mentale, ces dernières années. Pour ces trois pays, l'évolution fructueuse d'un plan national se fondait sur la participation active du gouvernement fédéral. Le plan de chaque pays met l'accent sur la promotion de la santé mentale, plus de recherche, des cibles ou indicateurs appropriés et des systèmes de surveillance rigoureux. Les consommateurs des services de santé mentale ont joué un rôle instrumental dans la conception et la prestation des stratégies de santé mentale de ces pays.

Il est proposé qu'un *Cadre d'action sur la maladie mentale et la santé mentale* porte sur quatre priorités :

- **leadership** : les gouvernements FPT doivent démontrer un leadership coopératif pour améliorer la qualité des services et programmes de santé mentale, et l'accès à ceux-ci;
- **information** : le Canada doit instaurer un système national de collecte de données et de rapports;
- **recherche** : les gouvernements doivent investir stratégiquement dans la nouvelle recherche;
- **promotion** : des initiatives efficaces de promotion de la santé mentale doivent être prises.

Les buts ultimes de ces mesures doivent être de prévenir l'incapacité, de soulager la souffrance de la maladie mentale, et de favoriser une meilleure qualité de vie, améliorant ainsi l'état de la santé mentale des gens au Canada.

Le Cadre d'action de l'ACMMSM demande aux ministres canadiens des politiques sociales et de santé d'agir en mettant en œuvre un plan d'action national sur la santé mentale et la maladie mentale. Il presse toutes les juridictions d'accroître les ressources en santé mentale et de collaborer avec les intervenants à changer les politiques afin d'assurer un meilleur accès à des services de qualité à ceux qui en ont besoin, et d'élaborer des programmes aptes à entraîner une meilleure santé mentale de la population. Le Cadre d'action prie le gouvernement fédéral de donner l'exemple en démontrant sa détermination à rassembler toutes les parties dans un dialogue national, et en prenant des mesures pour améliorer la capacité des pouvoirs publics et la prestation des services dans les domaines de sa compétence.

POURQUOI S'INQUIÉTER?

1. La prévalence des états de santé mentale et son effet sur la société

La santé mentale touche tous les segments de la population au Canada. Quelque 20 pour cent des Canadiens seront atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie¹. Souvent appelés le mal invisible, nombre d'états de santé mentale causent une douleur et une souffrance intenses aux personnes et à leurs familles. Mais au-delà de ce fardeau individuel, le spectre des états de santé mentale a un effet profond sur la société.

- On estime que les maladies mentales à elles seules coûtent à notre système de santé quelque 7 milliards de dollars par année, surpassées seulement par la maladie cardiovasculaire².
- Cinq des dix principales causes d'incapacité sont désormais liées à des troubles mentaux. Les états de santé mentale contribuent davantage à l'incapacité au Canada que tout autre groupe de maladies, y compris le cancer, le diabète et la maladie cardiovasculaire, comme c'est le cas d'autres économies de marché³.
- Les communautés autochtones connaissent des taux de suicide parmi les plus élevés du monde, ce qui relève en grande partie du désespoir suscité par les politiques sociales historiques chez ces communautés.
- Jusqu'à 10 pour cent du coût de la criminalité peut être attribué à des soins de santé mentale inadéquats pour les enfants et les jeunes⁴.
- Le délire est présent chez jusqu'à 50 pour cent des personnes âgées hospitalisées dans des centres de soins actifs⁵.

Les états de santé mentale affectent les personnes de tous âges, niveaux d'instruction et de revenu, et de toutes cultures. Certains groupes peuvent être plus vulnérables, comme les pauvres, les femmes, les personnes âgées et les peuples autochtones⁶. Différents segments de la population vivent différemment l'effet des maladies mentales et des états de santé mentale. Les populations rurales et autochtones et les pauvres ont l'accès le plus inégal aux services et soutiens. Les enfants sont moins susceptibles de recevoir les soins dont ils ont besoin⁶.

Les états de santé mentale recouvrent un spectre d'apparition, de gravité et de durée. Ils sont influencés par une série complexe de déterminants de la santé, comme l'âge, le statut socio-économique, la génétique, le lieu d'origine, et la culture. Certaines maladies, comme certaines formes de dépression et d'anxiété, peuvent être chroniques et causent des problèmes à vie. Nombre d'entre elles sont traitées efficacement et n'entravent pas de façon significative la capacité de travailler ou de jouir d'une qualité de vie raisonnable à long terme. Certains troubles gravement incapacitants, comme la schizophrénie qui affecte quelque 300 000 personnes au Canada, ainsi que les troubles de la personnalité, la dépression bipolaire, la démence, l'autisme et certaines toxicomanies demeurent plus difficiles à traiter sur le plan biopsychosocial. Les troubles co-existants ou comorbides sont fréquents. Une bonne intervention précoce dans les troubles qui apparaissent dans l'enfance ou le jeune âge adulte peut faire la différence entre l'adulte en santé mentale ou une incapacité à vie et la dépendance aux autres.

On comprend de mieux en mieux comment les maladies physiques s'entrelacent à la santé mentale. La maladie mentale et les maladies physiques graves sont souvent simultanées, et se rétablir de syndromes cardiaques aigus, par exemple, peut prendre plus de temps si les problèmes de santé mentale co-existants ne sont pas traités en même temps. On estime que 60 pour cent de la dépression n'est pas détectée au niveau des soins primaires⁷. Ne pas reconnaître le lien significatif entre la maladie physique et la maladie mentale et les désordres mentaux accroît ce qu'il en coûte pour traiter ces affections. Dans certains cas, un mauvais diagnostic influe également sur le résultat de l'affection physique et sur les occasions manquées d'intervention précoce et moins coûteuse dans les problèmes de santé mentale.

^b Santé mentale pour enfants Ontario affirme que la province a la capacité de servir 1 enfant sur les 3,8 qui ont un trouble diagnostiquable en 2004, ce qui laisse environ 390 000 enfants sans accès aux services de santé mentale pour enfants en Ontario, alors que plus d'un enfant sur 2 ayant besoin de soins avait probablement plus d'un trouble à la fois. On a estimé en outre que le coût de servir un enfant dans un service de santé mentale communautaire n'était que de 2 250 \$ par année, comparativement aux 120 000 \$ par année que coûte chaque adolescent détenu dans un centre jeunesse.

Le Canada n'a pas de système national pour identifier les besoins de la population en matière de santé mentale et pour mesurer à quel point ces besoins sont comblés – même pour les populations qui sont sous la seule responsabilité du gouvernement fédéral, comme les Premières nations et les Forces canadiennes. À ce jour, une seule enquête nationale a été entreprise⁸ sur un nombre limité de troubles, et les données administratives provinciales actuelles ne recueillent que les données sur la mortalité, les hôpitaux et certains services des médecins.

Bien qu'il nous manque un portrait défini de l'état de la santé mentale de la population du Canada, il y a suffisamment de données pour nous inquiéter du nombre de personnes affectées et de la difficulté qu'éprouvent la majorité des gens au pays pour obtenir des services et des soutiens communautaires dont ils ont besoin pour se rétablir ou avoir une qualité de vie convenable.

Considérez ces faits :

- La maladie mentale non traitée tue : chaque année, près de 4 000 personnes au Canada se suicident – plus de 40 fois le nombre de personnes qui sont mortes des suites du sida en 2003⁹.
- Le suicide est la deuxième cause principale de décès (après les accidents) chez les 10 à 19 ans (24 pour cent de tous les décès)¹⁰.
- La durée moyenne d'une hospitalisation pour une tentative de suicide est de 7,1 jours¹¹.
- Quelque 18 pour cent des jeunes de moins de 19 ans ont un trouble diagnostiquable¹².
- Chaque année, entre 4 et 6 pour cent des gens au Canada vivront au moins un épisode de dépression majeure¹³.
- L'incidence de la dépression dans les centres de soins de longue durée est de 3 à 4 fois plus élevée que dans la population générale, et le taux de prévalence estimé de tous les troubles mentaux chez les résidents des maisons de repos va de 65 à 91 pour cent¹⁴.
- La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est estimée à 1 pour cent pour tous les groupes d'âge.
- Pour des pays comme le Canada, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les troubles mentaux représentent près de 25 pour cent de toutes les maladies et blessures, dont 13 pour cent est attribuable à la seule dépression¹⁵.
- On estime qu'environ 20,1 pour cent de la population du Canada a maintenant besoin de services de santé mentale¹⁶, tandis que le taux de prévalence de l'utilisation des services de santé l'année dernière pour des raisons de santé mentale était de 9,5 pour cent dans tout le Canada¹⁷.
- Environ 2 personnes sur 3 qui ont un trouble diagnostiquable au Canada ne cherchent ni n'obtiennent de soins^{18,19}.

Les politiques axées sur d'autres maladies nous ont appris que des investissements importants dans la recherche, l'éducation, le progrès des traitements et la promotion de la santé mènent inévitablement à une incidence réduite, à une détection précoce et à de meilleurs taux de survie et de rétablissement.

Vu le consensus sur la prévalence élevée et l'effet général des troubles mentaux sur la société canadienne, il est temps que les décideurs désignent la santé mentale comme étant une cible prioritaire et qu'ils lui allouent les ressources appropriées.

2. La prévalence en milieu de travail et le coût pour notre économie

Le milieu de travail sert d'indicateur de la prévalence de la maladie mentale dans une société, et est un lieu important pour promouvoir une bonne santé mentale. Bien que le milieu de travail en soi puisse ou non causer directement la maladie mentale, c'est en milieu de travail que les symptômes de la maladie mentale sont souvent remarqués et mesurés.

Les employeurs peuvent mesurer directement l'effet des problèmes de santé mentale par l'absentéisme, la perte de productivité sur les lieux et les frais directs sur les régimes d'avantages sociaux. Dans les pays industrialisés, la recherche a révélé que la prévalence des maladies mentales en milieu de travail s'est accrue de façon constante ces dernières années, ce qui a eu un effet significatif sur la productivité économique et la compétitivité. Au Canada, la maladie mentale est déjà une cause principale de la perte de productivité en milieu de travail et constitue la plus importante contribution au coût des régimes d'avantages sociaux²⁰.

Considérez ces faits :

- L'OMS prévoit que la dépression sera la principale cause d'incapacité en milieu de travail, en 2020^{21,22}.
- La maladie mentale représente 46 pour cent de toutes les indemnités d'incapacité à court et à long terme²³.
- En 2001, l'absentéisme en milieu de travail attribuable à des problèmes de santé mentale représentait quelque 7,1 pour cent de la masse salariale²⁴.
- Sept pour cent de tous les travailleurs canadiens déclarent des jours d'absence qu'ils attribuent à des problèmes mentaux et émotionnels²⁵.
- En Ontario, environ 8 pour cent de la population active ont un trouble mental diagnostiquable²⁶.
- L'économie canadienne subit des pertes de 33 millions de dollars par année dans des coûts directs et de perte de productivité causés par la maladie mentale et la toxicomanie²⁷.

Bien qu'il y ait d'importants obstacles à la mise en œuvre des stratégies de prévention, les employeurs canadiens commencent à travailler ensemble à trouver des solutions communes. Certaines des données les plus complètes sur la maladie mentale en milieu de travail se trouvent dans les régimes d'avantages sociaux des employeurs et leurs assureurs. Même si des préoccupations de confidentialité et de concurrence constituent parfois des obstacles à l'échange de données chez les employeurs, d'importantes initiatives ont été prises récemment. Par exemple, l'ACMMSM, la table ronde mondiale économique des entreprises sur la santé mentale et les toxicomanies et d'autres groupes se sont récemment associés aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour un programme de 10 ans de recherche appliquée sur la santé mentale en milieu de travail. La table ronde travaillera avec les employeurs à obtenir des fonds de recherche et à prêter ses lieux de travail pour la recherche sur place.

Les données de recherche actuelles ne disent peut-être pas tout, mais elles indiquent une sérieuse raison de s'inquiéter et soulignent pourquoi la santé mentale doit être reconnue par les gouvernements comme étant une plus grande priorité de santé.

3. Problèmes systémiques

Dans son rapport, Roy Romanow a appelé la santé mentale « l'orpheline » du système de santé canadien. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a également décrit en détail la façon dont le système de santé ne réussit pas à promouvoir une bonne santé mentale, ni à prévenir, traiter et réduire l'effet incapacitant de la maladie mentale. Il a aussi décrit les nombreuses façons dont le système échoue à combler les besoins de santé mentale des consommateurs, des familles et des collectivités.

Publié en novembre 2004, le rapport du comité en trois volumes, *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie*, est l'étude la plus exhaustive du système de santé mentale canadien depuis la commission Hall.

Le travail du comité a été nourri par de longues consultations avec les intervenants, y compris un apport significatif des consommateurs des services de santé mentale, qui ont témoigné de leurs expériences avec le système de prestation des soins de santé du Canada – et ses lacunes. Le rapport final du comité, qui doit paraître en 2006, est censé faire des recommandations pour des réformes systémiques – y compris le besoin d'un plan d'action national faisant appel à tous les gouvernements.

TROIS PRIORITÉS DE LA RÉFORME

L'ACMMSM a dégagé trois grandes conclusions des constatations du comité à ce jour.

1. L'accès

Le système actuel des services de santé mentale et des soutiens communautaires est fragmenté, difficile d'accès pour bon nombre, et très inégal. La qualité et la disponibilité varient grandement d'une juridiction à l'autre, et même au sein de celles-ci. Dans bien des cas, l'absence de services à la fois dans les hôpitaux et à l'extérieur peut contrevenir à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les listes d'attente de services de santé mentale ne sont pas souvent respectées, parce que l'écart entre l'offre et la demande est simplement trop grand. Le *Sondage national auprès des médecins 2004*, mené par l'Association médicale canadienne, a constaté que l'accès des médecins de famille aux psychiatres au nom des consommateurs était beaucoup plus difficile que pour toute autre catégorie de spécialité médicale. Soixante-cinq pour cent des médecins de famille ont déclaré avoir des difficultés sérieuses d'accès aux spécialistes de santé mentale²⁸. L'accès aux professionnels non-médecins de la santé mentale au sein du système de santé public est limité et souvent non disponible selon la formule de rémunération à l'acte.

Dans bien des cas, une absence marquée de soutiens communautaires comme le logement subventionné à prix modique et le soutien du revenu raisonnable constitue une entrave au rétablissement des consommateurs.

Il y a trois priorités cruciales pour régler les problèmes d'accès. Ce sont :

- un meilleur accès à des services spécialisés, dans les soins primaires et adaptés à la culture;
- une plus grande disponibilité de politiques et programmes sociaux de soutien;
- une meilleure intégration et collaboration des composantes des services.

Ces priorités doivent être abordées dans un cadre de santé de la population et avec la participation des consommateurs.

2. Les stigmates et la discrimination

Les stigmates et la discrimination demeurent des obstacles majeurs à la santé mentale.

Les gens du Canada, y compris de nombreux professionnels de la santé, comprennent mal en général la maladie mentale et ont des attitudes négatives à son égard. Par conséquent, les stigmates à l'endroit de la maladie mentale persistent tant au niveau de la société que des professionnels de la santé.

Les gens qui ne souffrent pas de maladie mentale discriminent souvent à l'égard de ceux qui en sont atteints. Pour bon nombre de gens qui vivent avec une maladie mentale, cette discrimination constitue une entrave importante à leur rétablissement. Ces derniers subissent aussi leurs propres stigmates et souvent ne recherchent ni diagnostic ni traitement, ce qui prolonge inutilement leurs souffrances.

Les causes des attitudes négatives à l'égard de la maladie mentale sont multiples et complexes. Peu importe la cause, les stigmates demeurent un obstacle à l'équité et à la santé optimale de la population.

Pour régler la question des stigmates et de la discrimination, il faut mettre en œuvre des programmes d'éducation et de sensibilisation à long terme, destinés aux populations vulnérables. Il faut aussi déclencher des initiatives de promotion de la santé mentale pour le grand public. Plus les gens en savent sur l'importance d'une bonne santé mentale, plus ils se sentent à l'aise avec les maladies mentales comme catégorie de maladie semblable aux états de santé physique, et plus rapidement les stigmates et la discrimination seront réduits.

3. La collecte de données nationale

La nature fragmentée de notre système de prestation a entraîné une approche tout aussi fragmentée de la collecte de données sur la santé mentale. Il n'y a pas de système coordonné en place pour connaître les besoins de la population en matière de santé mentale, de maladie mentale des troubles mentaux et de toxicomanie, et pour mesurer à quel point les systèmes comblent ces besoins.

Par conséquent, nous n'avons pas de portrait juste de la prévalence et de la nature de la maladie mentale au Canada, ni la capacité d'évaluer l'efficacité des politiques, programmes et services. Sans un portrait bien défini, il est impossible de définir des buts et de régler efficacement les problèmes qui contribuent à la morbidité, l'incapacité et la mortalité des maladies mentales, des troubles mentaux, des toxicomanies et d'une mauvaise santé mentale. Un système de surveillance complet doit être une priorité.

MESURES ADOPTÉES PAR D'AUTRES PAYS OCCIDENTAUX

Un système de prestation de services fragmenté n'est pas l'apanage du Canada. Mais le défaut du Canada de mettre au point un plan d'action national est unique. Le Canada est le seul pays occidental industrialisé qui ne s'est pas doté d'une stratégie nationale de santé mentale²⁹.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a examiné les stratégies nationales élaborées par plusieurs fédérations, dont le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Le comité a constaté qu'une caractéristique commune déterminante du plan de chaque pays était l'inclusion de repères politiques nets, de stratégies pour y parvenir, et de systèmes de mesure qui surveillent les progrès. Le comité a observé que les fonctions de responsabilité sont une partie essentielle du plan de chaque pays. Ces fonctions sont indispensables pour mesurer les progrès et assurer des engagements de financement à long terme. Pour qu'un plan soit réalisé, les décideurs doivent être capables de formuler les coûts estimés de la mise en œuvre et ceux de la non-mise en œuvre.

Au Canada, c'est un lieu commun pour les gouvernements d'éviter le débat sur le financement dans son ensemble, en ignorant les demandes d'objectifs des intervenants. Dans certaines juridictions, un manque d'unité dans le secteur a freiné l'élan politique de l'action gouvernementale.

Par contre, les gouvernements d'autres pays ont reconnu les coûts sociaux qu'ignorer le fardeau grandissant de la maladie mentale et des toxicomanies entraîne. Ils ont pris leurs responsabilités de leadership et ont joué un rôle unifiant avec les intervenants, travaillant avec eux à parvenir à des ententes sur les cibles et activités prioritaires. Pour chacun des trois pays mentionnés ci-dessous, l'évolution fructueuse d'un plan national reposait sur la participation active du niveau national du gouvernement. Chaque plan met l'accent sur la nécessité de programmes de promotion de la santé mentale, de recherche accrue et de systèmes de surveillance rigoureux.

Dans tous les cas, les consommateurs des services de santé mentale, leurs familles et des fournisseurs et organismes communautaires de tous les horizons ont été consultés abondamment dans l'élaboration des projets de réforme.

Royaume-Uni

En 1999, le Royaume-Uni a inauguré le cadre des services nationaux pour la santé mentale, un plan de 10 ans qui établit des normes dans cinq domaines clés :

- la promotion de la santé mentale;
- les soins de santé mentale dans les soins primaires;
- les besoins des personnes souffrant de grave maladie mentale;
- les services et soutiens des soignants des malades mentaux;
- la prévention du suicide.

Pour chaque ensemble de normes, des repères accompagnés de stratégies pour les réaliser ont été établis. Pour faciliter la supervision et assurer une mise en œuvre efficace, on a créé l'institut national de la santé mentale, en Angleterre. Une révision de cinq ans du plan menée récemment a fait ressortir de grandes améliorations dans le dossier des soins et de la prévention du pays, y compris une baisse du taux de suicide au plus faible niveau jamais enregistré³⁰.

Australie

L'Australie est reconnue comme un meneur mondial pour ses innovations dans la réforme des soins de santé mentale. La stratégie nationale de santé mentale de l'Australie a été lancée en 1992, et elle engage tous les gouvernements d'État, territoriaux et du Commonwealth à améliorer la vie des personnes souffrant de maladie mentale.

La stratégie a été mise en œuvre selon une série de plans quinquennaux. Chaque période de cinq ans est révisée pour faire en sorte que les stratégies de mise en œuvre répondent aux changements de la structure socio-économique de l'Australie. Le plan actuel de 2003 à 2008 compte quatre thèmes prioritaires :

- promouvoir la santé mentale et prévenir les problèmes de santé mentale et la maladie mentale;
- accroître la capacité d'accueil des services;
- améliorer la qualité;
- favoriser la recherche, l'innovation et la durabilité.

Au cœur du succès de la réforme de la santé mentale de l'Australie se trouve la collecte de données longitudinales qui suivent les dépenses et mesurent les progrès. Des rapports nationaux réguliers sur la santé mentale font partie intégrante de la stratégie du pays.

Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande a entamé son processus de réforme de la santé mentale en 1994. Depuis 1998, le *Blueprint for Mental Health Services* a fourni le cadre principal des actions posées. L'objectif principal du *Blueprint* est de donner accès aux services aux personnes souffrant de grave maladie mentale – environ trois pour cent de la population.

Pour atteindre l'objectif des trois pour cent, le *Blueprint* inclut des plans d'action fondés sur sept thèmes : mettre en œuvre des services de santé mentale communautaires et complets; encourager la participation des Maoris (autochtones) à la planification, l'élaboration et la prestation des services de santé mentale;

- améliorer la qualité des soins;
- concilier les droits individuels et la protection du public;
- élaborer une politique nationale sur l'alcool et les drogues;
- développer l'infrastructure des services de santé mentale;
- renforcer la promotion et la prévention.

Une caractéristique importante du *Blueprint* est son analyse de base du nombre de lits d'hôpital et de professionnels nécessaire pour desservir adéquatement les populations ciblées. Régulièrement, les ressources recommandées sont mesurées par rapport aux ressources réellement disponibles dans les domaines prioritaires. Les stratégies et les fonds sont ensuite déployés pour combler les écarts spécifiquement identifiés.

Le Canada a la possibilité de devenir un leader mondial

Le Canada a l'occasion d'apprendre des expériences des autres pays et de devenir un leader de la réforme de la santé mentale. La première étape consiste pour tous les gouvernements à s'engager à travailler de concert à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale au Canada, qui doit respecter les circonstances particulières des populations autochtones du Canada, à l'instar du plan de la Nouvelle-Zélande qui tient compte des circonstances uniques de la population maorie. Ainsi, les gouvernements doivent faire en sorte que le leadership politique autochtone soit un partenaire égal dans l'élaboration et la mise en œuvre de la composante autochtone du plan.

Chacun des pays ci-dessus a adopté une approche nationale centrée sur la défragmentation des services et programmes. Ils ont reconnu que la collaboration et l'action collective sont les seuls moyens efficaces de faire face à l'urgence des questions de santé mentale d'aujourd'hui.

CADRE D'ACTION SUR LA MALADIE MENTALE ET LA SANTÉ MENTALE

L'ACMMSM croit qu'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale fait au Canada devrait être mis en œuvre dans le cadre de la santé de la population. Cela peut s'accomplir par la prise de mesures dans quatre domaines principaux :

- le leadership coopératif du gouvernement pour aborder les problèmes du système, y compris l'accès et la qualité;
- un système national de collecte de données et de rapports;
- de nouveaux investissements stratégiques dans la recherche;
- la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée de promotion de la santé mentale.

La santé mentale de la population canadienne est la responsabilité de tous les ordres de gouvernement et de multiples ministères. La collaboration interjuridictionnelle et interministérielle sera l'élément déterminant de la réussite.

Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de leadership dans ce projet de collaboration très nécessaire.

Les ministres canadiens de la Santé doivent collaborer au sein du Conseil des ministres de la Santé et avec les ministres des politiques sociales du Canada à déclencher et à soutenir des réformes étendues.

Toutes les juridictions doivent s'engager à un plan de santé mentale détaillé pour aborder adéquatement les questions de santé mentale dont la responsabilité leur incombe.

1. Leadership du gouvernement : fédéral

Le gouvernement fédéral doit appuyer une stratégie nationale en faisant d'abord preuve de leadership dans ses propres champs de compétence.

Le gouvernement fédéral doit mener par l'exemple. Il doit améliorer sa propre capacité d'élaborer des politiques de santé mentale et de dispenser des services dans les domaines qui relèvent directement de sa responsabilité, comme la direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, le ministère de la Défense nationale et Service correctionnel Canada. En outre, à titre d'employeur important, il doit démontrer un leadership par des programmes de promotion de la santé mentale en milieu de travail, des initiatives de recherche sur les lieux et des stratégies de retour au travail progressif.

Le gouvernement fédéral doit démontrer son engagement à favoriser le rassemblement de toutes les parties dans un dialogue – *et l'action*. Il doit servir de défenseur des consommateurs afin d'assurer que leur réalité soit la base de la réforme des programmes et politiques, et que les consommateurs aient la capacité d'éclairer la réforme de façon permanente.

Il doit aussi engager les ressources nécessaires à la réussite.

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral est limité dans sa capacité de contribuer à une initiative de réforme nationale coopérative. Les lacunes spécifiques de sa capacité sont entre autres :

- peu de ressources humaines du gouvernement fédéral sont consacrées à l'élaboration de politiques de santé mentale et à la prestation de programmes;
- la coordination entre ministères fédéraux des politiques et programmes nationaux qui ont ou pourraient avoir un effet positif sur la santé mentale de la population est inadéquate (Incapacité, Santé, Santé publique, Sécurité du revenu, Citoyenneté, Justice, etc.);
- l'absence de mécanisme pour soutenir les discussions entre juridictions et la collaboration en vue du changement;
- la coordination et le ressourcement insuffisants des services et programmes de santé mentale et de toxicomanie dispensés directement par le gouvernement fédéral (y compris Santé des Premières nations et des Inuits, Défense nationale, Anciens combattants, Service correctionnel, Immigration);
- aucun organisme ou commission distinct n'est responsable de la maladie mentale, de la santé mentale et des toxicomanies; la responsabilité en ces domaines est donc beaucoup trop diffuse.

Mesures recommandées

Le gouvernement fédéral doit tirer des leçons des meilleures pratiques de ses homologues internationaux et créer un Office distinct de la santé mentale, adéquatement doté en personnel et avec des niveaux de financement durables à long terme. Son mandat doit être conforme aux recommandations en faveur de la création d'une commission qui serait chargée des questions de santé mentale exprimées par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie dans son quatrième rapport d'étude sur la santé mentale.

Le gouvernement fédéral doit veiller à se doter des capacités qui lui permettront de :

- travailler avec le Conseil des ministres de la Santé à des projets de santé mentale;
- soutenir un comité interministériel de la santé mentale composé de représentants des programmes fédéraux comportant des responsabilités de santé mentale pour coordonner leurs efforts et leurs ressources, et pour partager les meilleures pratiques reconnues avec les provinces et territoires;
- appuyer le conseiller ministériel spécial sur la santé mentale en milieu de travail; établir et surveiller l'effet d'un programme permanent destiné à soutenir la recherche sur la santé mentale en milieu de travail, ainsi que les programmes d'éducation et de sensibilisation en la matière;
- accroître le soutien du travail interministériel fédéral à peine commencé sur la santé mentale en milieu de travail dans la fonction publique;
- financer, concevoir, administrer et évaluer les programmes d'éducation et de sensibilisation ciblés afin de réduire les stigmates, avec la pleine participation des consommateurs (voir ci-dessous);

- faciliter la création et la surveillance des buts de la recherche nationale en santé mentale, et investir stratégiquement dans les domaines prioritaires de la recherche et de l'application des connaissances;
- coordonner l'élaboration et la mise en œuvre d'un système national de collecte de données et de rapports; travailler avec les partenaires provinciaux et territoriaux à s'entendre sur les principaux indicateurs et initiatives pour la collecte de données coopérative et le rapport des sources de données publiques et privées;
- faire en sorte que la santé mentale soit une composante clé des objectifs de santé publique du Canada;
- faire en sorte que la santé mentale soit une composante clé des stratégies de soutien de l'incapacité du Canada;
- faire en sorte que la santé mentale soit considérée dans chaque initiative politique pertinente du gouvernement;
- coordonner la conception et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de ressources humaines en santé mentale pour soutenir les systèmes de prestation provinciaux et territoriaux en collaboration avec les intervenants, y compris les professionnels et les consommateurs de la santé mentale.

Pour soutenir les initiatives fédérales actuelles et un dialogue concerté sur une stratégie nationale de santé mentale, l'ACMMSM recommande :

- que le ministre de la Santé améliore les initiatives en cours;
- que le ministre de la Santé augmente le nombre des employés du Ministère qui se consacrent spécifiquement à l'élaboration de programmes et politiques de santé mentale;
- que le ministre de la Santé obtienne le soutien des provinces et des territoires pour renouveler le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial (RCSM) actuel, afin qu'il devienne un comité consultatif autonome pour les ministres de la Santé, avec un instrument de financement permanent et un secrétariat;
- que le ministre de la Santé établisse un fonds d'adaptation de la santé mentale, sur le modèle du Fonds d'adaptation des soins de santé primaires, comme prochaine phase du soutien de la réforme du système de santé;
- d'accroître le niveau de financement et des capacités ministérielles dans les domaines liés à la maladie mentale et à la santé mentale pour la direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, le ministère de la Défense nationale et Service correctionnel Canada, ainsi que d'autres ministères du gouvernement du Canada dont le mandat comprend la prestation de services de santé mentale à des populations relevant directement de la compétence du fédéral.

2. Leadership du gouvernement : provinces et territoires

Un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale doit mettre à contribution le Conseil des ministres de la Santé et compter sur la collaboration des intervenants non gouvernementaux.

L'ACMMSM croit que le Conseil des ministres de la Santé doit participer directement à l'élaboration d'une stratégie nationale. En outre, la collaboration des intervenants et le soutien financier et administratif total de la part du gouvernement fédéral, par le biais du ministre de la Santé, sont des conditions préalables incontournables pour réaliser les objectifs rattachés aux quatre champs d'action définis par l'ACMMSM (systèmes, données, recherche et promotion de la santé mentale).

Mesures recommandées

- les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) doivent accorder la priorité à améliorer la promotion de la santé mentale, à élaborer des stratégies en vue d'améliorer la capacité des approches préventives, et à assurer un meilleur accès au traitement de la maladie mentale et au suivi;
- les ministres de la Santé FPT, par l'intermédiaire du Conseil des ministres mais aussi en collaboration avec leurs homologues des politiques sociales, doivent ouvrir un dialogue interministériel à propos d'un plan d'action national et instaurer un processus d'élaboration de stratégies et repères nationaux en vue de réaliser ce plan;
- aborder les lacunes des services et programmes de santé mentale doit être une priorité à l'ordre du jour permanent du Conseil des ministres de la Santé.

Certains domaines d'action spécifique doivent comprendre notamment :

- des stratégies pour traiter des temps d'attente inacceptables des services de santé mentale;
- des stratégies pour améliorer la disponibilité du suivi et des soutiens nécessaires au rétablissement de la maladie mentale;
- des cibles de disponibilité de l'intervention précoce, des programmes de prévention et des initiatives de promotion de la santé dans toutes les juridictions.

3. Système national de collecte de données et de rapports

Les gouvernements doivent appliquer un système de surveillance pour identifier les besoins de la population en matière de santé mentale et de maladie mentale, et pour mesurer à quel point ils répondent à ces besoins.

Les systèmes de surveillance offrent une information permanente aux décideurs sur la prévalence de la maladie mentale et des toxicomanies, l'état de santé mentale des gens du pays, et l'efficacité des politiques, programmes et services qui y sont liés. Les systèmes de surveillance sont nécessaires pour évaluer dans quelle mesure le Canada répond aux besoins des personnes aux prises avec la maladie mentale, et pour fournir un guide quant à la façon d'améliorer l'accès et la sensibilisation aux programmes.

Sous l'égide de l'Agence de santé publique du Canada, le gouvernement fédéral a la responsabilité directe de la surveillance de la maladie, et pourtant, ses tentatives de mesurer l'effet de la maladie mentale sur la société canadienne ont été limitées.

La capacité de surveillance du Canada au niveau national repose sur les bases de données sur l'hospitalisation et la mortalité. Une enquête menée par Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être*, a fourni des données valables mais n'a été menée qu'une fois. Cette enquête portait aussi seulement sur une série restreinte d'états de santé mentale. L'Institut canadien d'information sur la santé a également cerné le besoin d'un système de surveillance national complet de la santé mentale, mais ne compte présentement aucune initiative à cette fin.

La surveillance nécessite des sources de données permanentes. Les données sur l'hospitalisation et la mortalité ne brossent qu'une infime partie du tableau de la maladie mentale au pays. La plupart des personnes ayant une maladie mentale ne sont pas traitées dans les hôpitaux. Il n'y a pas d'instrument de financement permanent en place pour soutenir des études longitudinales, qui sont nécessaires pour dégager les tendances et y répondre.

L'Agence de santé publique du Canada a indiqué son intention de lancer des projets de démonstration de la surveillance de la santé mentale, très bientôt. L'ACMMSM appuie cette initiative sans toutefois croire qu'elle va assez loin. Même si elle réussit, l'étendue et le calendrier de mise en œuvre du projet prévu sont loin de répondre à l'urgence du besoin.

Des données appropriées et opportunes peuvent contribuer à guider, soutenir et évaluer les programmes et services. Un système de surveillance efficace est le fondement de toute stratégie de santé. La stratégie du Canada sur la maladie mentale et la santé mentale doit être ainsi fondée. L'Agence de santé publique du Canada doit accorder une plus grande priorité au développement de sa capacité de surveillance, en matière de maladie mentale et de santé mentale.

Mesures recommandées

En collaboration, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé doivent s'engager à établir un système national de surveillance de la santé mentale. Les partenaires doivent convenir de :

- établir un cadre de la collecte de données et des rapports fondé sur les indicateurs communs et les normes de données;
- identifier les domaines prioritaires des instruments et méthodes de surveillance;
- s'engager au financement stable à long terme d'un système de surveillance permanent;
- faire rapport au public régulièrement sur les données de la surveillance.

4. Investissements dans la recherche

La disponibilité des fonds de recherche doit être accrue pour mieux correspondre à l'effet des états de santé sur la société.

La recherche sur la santé mentale requiert présentement moins de cinq pour cent des fonds de recherche en santé du Canada, et pourtant, la maladie mentale touche directement 20 pour cent de la population.

Peu d'institutions privées ou de fondations communautaires financent la recherche sur la maladie mentale et la santé mentale. Les universités tendent à diriger leurs investissements vers la santé physique.

Ces dernières années, certains gouvernements du Canada ont contribué à la recherche en santé mentale. Cependant, les fonds de recherche pour la maladie mentale et la santé mentale sont encore loin de combler les écarts existant présentement dans les connaissances.

L'ACMMSM reconnaît le leadership en recherche de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, l'un des Instituts de recherche en santé du Canada. Cet Institut a établi des programmes de recherche sur le suicide et la maladie mentale en milieu de travail, ainsi que d'autres enjeux prioritaires de la maladie mentale et la santé mentale au Canada. Malheureusement, ces programmes ne peuvent être adéquatement exécutés avec le niveau de financement actuel.

La recherche en santé mentale est aussi victime des stigmates entourant la maladie mentale ainsi que des ressources humaines insuffisantes du système de santé mentale. Une carrière professionnelle en recherche en santé mentale n'est toujours pas tenue en très haute estime. Les demandes de la pratique sur les professionnels de la santé mentale demeurent souvent en vase clos ou ne créent pas une culture menant à une recherche fondée sur la pratique. Par conséquent, même si un financement accru de la recherche peut inciter les chercheurs à s'intéresser à la santé mentale, le Canada doit aussi faire davantage pour susciter l'intérêt des jeunes chercheurs pour les domaines de la maladie mentale et de la santé mentale, et favoriser la recherche par les cliniciens actifs.

Mesures recommandées

En collaboration, les gouvernements avec l'ACMMSM et d'autres intervenants doivent favoriser la création et la mise en œuvre d'un programme national de recherche qui comprend la recherche fondamentale, clinique, communautaire et basée sur la population. Ce programme devrait aussi définir des cibles, des repères et des systèmes de mesure :

- pour contribuer à diriger les fonds vers les domaines prioritaires;
- pour favoriser un climat d'intérêt pour la recherche en santé mentale;
- pour accroître le volume et la qualité de la production de la recherche;
- pour améliorer le transfert des connaissances de sorte que la recherche descende des « tablettes » dans la pratique;
- pour développer un financement à long terme.

5. Promotion de la santé mentale

Il faut une stratégie nationale à long terme.

Certains pays occidentaux ont démontré que les stratégies de promotion de la santé mentale peuvent considérablement améliorer l'état de santé mentale de la population. Une stratégie complète de promotion de la santé mentale exige de promouvoir la santé mentale par le développement sain des enfants, par des écoles, des lieux de travail et des collectivités en santé, et par l'acquisition d'aptitudes personnelles pour s'adapter aux événements de la vie et aux relations. Elle entraîne aussi une attitude positive à l'endroit de la santé mentale.

Commencer par une stratégie d'éducation du public pour réduire les stigmates et la discrimination.

Les stigmates et la discrimination sont d'importants obstacles à l'avancement des politiques de santé mentale et à une bonne santé mentale. En général, les gens au Canada sont peu sensibilisés à la maladie mentale et à ses symptômes. Ce manque de sensibilisation frappe aussi les professionnels de la santé.

Il en résulte une incompréhension qui mène à un degré élevé de stigmates tant au niveau de la société que des professionnels de la santé. Les causes des stigmates sont multiples et complexes, et sont influencées par une série de facteurs socio-économiques et culturels. Peu importe la cause, les stigmates demeurent un obstacle important au bien-être.

Les gouvernements du Canada appuient les initiatives d'éducation du public et de promotion de la santé mentale; toutefois, le financement tend à être intermittent et alloué de façon non organisée. Il est reconnu que des campagnes non coordonnées de durée limitée N'ONT PAS d'effet discernable sur les attitudes ou le changement des normes sociales.

Mesures recommandées

Pour réaliser le changement nécessaire des attitudes du public et des professionnels, l'ACMMSM recommande que les gouvernements élaborent une stratégie coordonnée et concertée d'éducation et de sensibilisation par un financement soutenu à long terme, qui comprendra :

- une recherche selon la population, y compris la population des consommateurs, sur les causes des stigmates et les méthodes pour changer les attitudes du public et des professionnels;
- des stratégies de promotion de la santé pour accroître la capacité des fournisseurs de détecter et de diagnostiquer convenablement la maladie mentale et de déterminer les interventions appropriées;
- des campagnes de réduction des stigmates à long terme, fondées sur des données probantes, pour changer les perceptions et les comportements du public;
- des stratégies de promotion de la santé axées spécifiquement sur le milieu de travail pour sensibiliser davantage employeurs et employés, et accroître le nombre d'employés qui obtiennent soutien et traitement;
- des repères et des systèmes de surveillance pour mesurer l'efficacité de la recherche, des campagnes de sensibilisation et les frais connexes;
- un financement adéquat du secteur bénévole national pour consolider les initiatives axées sur les consommateurs ainsi que la capacité des organismes de consommateurs et communautaires de s'engager pleinement à la réforme de la santé mentale, à l'élaboration de politiques et à la planification de programmes.

ANNEXE I

Les déterminants de la santé

Tiré de l'Organisation mondiale de la santé^c :

Nombre de facteurs s'allient pour affecter la santé des individus et des collectivités. Les circonstances et l'environnement des gens déterminent s'ils sont en santé ou pas. Dans une large mesure, des facteurs comme l'endroit où nous habitons, l'état de notre environnement, la génétique, notre revenu et notre niveau d'instruction, et nos relations avec famille et amis ont tous des effets considérables sur la santé, tandis que les facteurs plus souvent pris en compte, comme l'accès et l'utilisation des services de santé, ont souvent un effet moindre.

Les déterminants de la santé comprennent :

- l'environnement social et économique;
- l'environnement physique;
- les caractéristiques et comportements individuels de la personne.

Le contexte où vivent les gens détermine leur santé, et donc, blâmer les gens de leur mauvaise santé ou les féliciter du contraire n'est pas approprié. Les personnes ne sont pas susceptibles d'être en mesure de contrôler directement nombre des déterminants de la santé. Ces déterminants – ou les choses qui font que les gens sont en santé ou pas – comprennent les facteurs ci-dessus et de nombreux autres :

- le revenu et le statut social – un revenu et un statut social plus élevés sont liés à une meilleure santé. Plus l'écart entre riches et pauvres est grand, plus les différences de santé sont marquées;
- l'instruction – les faibles niveaux d'instruction sont liés à une mauvaise santé, à un stress accru et à une faible confiance en soi;
- l'environnement physique – l'eau et l'air salubres, des lieux de travail sains, des maisons, des collectivités et des routes sécuritaires contribuent tous à une bonne santé. L'emploi et les conditions de travail – les gens qui occupent des emplois sont plus en santé, surtout ceux qui ont plus de pouvoir sur leurs conditions de travail;
- les réseaux de soutien social – un meilleur soutien des familles, des amis et des collectivités est lié à une meilleure santé. La culture – les coutumes, les traditions et les croyances de la famille et de la collectivité affectent toutes la santé;
- la génétique – l'hérédité joue un rôle dans la détermination de la durée de vie, de la bonne santé et de la probabilité de développer certaines maladies. Le comportement personnel et les capacités d'adaptation – un régime alimentaire équilibré, se garder actif, fumer, boire, et la façon dont nous traitons avec le stress et les défis de la vie affectent tous la santé;
- les services de santé – l'accès et l'utilisation des services qui préviennent et traitent la maladie influent sur la santé;
- le sexe – les hommes et les femmes souffrent de différents types de maladies à différents âges.

^c <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

ANNEXE II

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : partenaire du changement

L'ACMMSM est une source de connaissances expertes sur les politiques, programmes et stratégies de la réforme. Nous représentons les initiatives ayant pour but d'améliorer l'accès, de favoriser la sensibilisation et de faire progresser les connaissances par une recherche utile.

Nous sommes un partenaire reconnu des initiatives d'élaboration de politiques. Nous sommes engagés à réunir des partenaires éventuels et à jouer un rôle actif dans l'élaboration et la mise en œuvre de solutions. À cette fin, nous participons régulièrement au dialogue national permanent sur les questions de santé et de politiques sociales. Nous comparaissons devant des comités sénatoriaux et la Chambre des communes. Nous renseignons les membres du cabinet, les politiciens, les fonctionnaires et, au besoin, les médias sur des questions relevant de la maladie mentale et de la santé mentale. Nous appuyons l'Agence de santé publique dans l'élaboration d'objectifs de santé publique pour le Canada, qui prennent en compte les considérations de santé mentale et incluent les déterminants sociaux de la santé.

Voici certaines des activités auxquelles nous avons récemment pris part :

Consortium canadien sur les soins de santé mentale partagés : Le consortium a reçu 3,8 millions de dollars du Fonds d'adaptation des soins de santé primaires pour élaborer une stratégie nationale en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et la qualité de ceux-ci, au niveau des soins primaires. Plusieurs des 12 organismes membres du consortium sont aussi membres de l'ACMMSM.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être : L'ACMMSM était partenaire de Statistique Canada dans l'élaboration de la toute première enquête sur la santé mentale des collectivités, publiée en septembre 2003.

L'enquête évaluait la prévalence au Canada de cinq maladies mentales : les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles alimentaires. L'enquête a révélé que 20 pour cent des gens au Canada souffrent d'une maladie mentale, et que plus de la moitié de ceux-ci ne cherchent pas de traitement. L'enquête constitue le fondement d'une étude longitudinale très nécessaire sur les taux de prévalence.

Les maladies mentales au Canada 2002 : L'ACMMSM a soutenu la production du tout premier rapport sur les maladies mentales au Canada, publié en octobre 2002.

Cette étude reposait principalement sur les données d'hospitalisation pour évaluer la prévalence de divers troubles mentaux et analyser les modèles d'utilisation des hôpitaux. L'étude a conclu que 3,8 pour cent des hospitalisations sont pour des troubles mentaux. *Le Rapport sur les maladies mentales au Canada 2002* offre un important indicateur de rendement quant à l'efficacité des programmes et stratégies de sensibilisation à la maladie mentale à réduire la prévalence.

Surveillance de la maladie mentale : L'ACMMSM a collaboré avec l'Agence de santé publique du Canada à l'atelier et à l'élaboration subséquente de projets de surveillance de la maladie mentale qui mèneront à la mise sur pied et au financement d'un système national de surveillance de la maladie mentale.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Depuis 2002, l'ACMMSM et ses membres travaillent avec ce comité, co-présidé par les sénateurs Kirby et Keon, et l'assistent dans sa recherche et ses audiences publiques ainsi que dans ses rapports provisoires et final sur les questions de maladie mentale, de santé mentale et de toxicomanie.

La Semaine de sensibilisation aux maladies mentales, qui se tient en octobre chaque année, est une initiative nationale d'éducation du public coordonnée par l'ACMMSM. Des signets et des affiches sont distribués à des centaines d'organismes communautaires de tout le pays. Le thème de la campagne, « La maladie mentale à visage découvert », est destiné à réduire les stigmates.

Le Déjeuner des champions nationaux de la santé mentale, tenu par l'ACMMSM chaque année à Ottawa, rassemble les intervenants en santé mentale pour honorer les « champions » de la santé mentale au sein du gouvernement, du secteur privé et des médias.

Association canadienne pour la santé mentale : La santé mentale, ça nous concerne! Le projet « La santé mentale, ça nous concerne! » était subventionné par Santé Canada dans le cadre de l'Initiative du secteur bénévole et communautaire, catégorie Participation du secteur à l'élaboration des politiques ministérielles (PSEM). Le projet a vu le jour pour entreprendre une partie des consultations qu'avait envisagées l'ACMMSM après la publication de son premier *Appel à l'action*. Il était prévu que le projet ajouterait à l'article de l'ACMMSM en ce qui concerne une action possible du gouvernement fédéral, et qu'il pourrait à son tour informer le programme de concertation changeant de l'ACMMSM.

ANNEXE III

Membres de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale

Société canadienne de l'autisme (SCA)

La SCA est le seul organisme de bienfaisance national qui se consacre à la représentation, à l'éducation du public, à l'information et à l'aiguillage, ainsi qu'au soutien du développement provincial. La SCA œuvre à l'échelle nationale à aborder les questions et les préoccupations communes à ses membres, les sociétés de l'autisme provinciales et territoriales, qui offrent un soutien aux personnes et aux familles touchées par le trouble autistique. La SCA est dirigée par un conseil d'administration bénévole qui compte un représentant de chaque société provinciale.

Association canadienne de prévention du suicide (ACPS)

L'ACPS travaille à réduire le taux de suicide et à atténuer les conséquences néfastes du comportement suicidaire pour les personnes, les familles et la société. L'ACPS veut parvenir à ce but en animant, représentant, soutenant et conseillant plutôt qu'en dispensant des services directs. L'ACPS favorise l'échange d'information à grande échelle sur l'intervention et la recherche, et plaide la cause de l'élaboration de politiques au niveau fédéral, provincial et territorial.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)

Par des activités de représentation et d'élaboration de politiques, l'ACE fait la promotion de l'excellence en ergothérapie. À l'échelle nationale et internationale, elle fait valoir l'ergothérapie en tant que profession axée sur le client. L'ACE offre des services, des produits, des activités et des possibilités de réseautage pour aider les ergothérapeutes à atteindre l'excellence dans leur pratique de la profession.

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS)

À titre de fédération regroupant neuf associations provinciales de travailleurs sociaux et une territoriale, l'ACTS joue un rôle de leader national, et consolide et fait progresser la profession du travail social au Canada. L'ACTS promeut la justice sociale et le bien-être de tous les Canadiens, et se porte à la défense de changements aux politiques et lois sociales qui feront progresser ces principes.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)

La mission de la CCSMPA consiste à promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources. La CCSMPA appuie les initiatives coopératives qui favorisent une bonne santé mentale des personnes âgées par l'innovation et la diffusion des meilleures pratiques. La CCSMPA croit que plus nous reconnaitrons les besoins des aînés en santé mentale et plus nous y répondrons, plus nous en profiterons tous. Cela comprend les personnes âgées, les membres de la famille et les soignants, les professionnels de la santé, les travailleurs de première ligne, les chercheurs, le gouvernement, l'industrie et les groupes de représentation.

Association canadienne des soins de santé (ACSS)

L'ACSS est une fédération d'organismes hospitaliers et sanitaires provinciaux et territoriaux de tout le pays. Par ses membres, l'ACSS représente un vaste continuum de soins, y compris les soins actifs, les soins de longue durée et la santé mentale. Ces services sont dispensés par des offices régionaux de la santé, des hôpitaux et autres établissements et organismes qui servent toute la population canadienne et sont dirigés par des administrateurs qui oeuvrent pour le bien commun. La mission de l'ACSS consiste à améliorer la prestation des services de santé au Canada par l'élaboration de politiques, la représentation et le leadership.

Association médicale canadienne (AMC)

L'AMC est une association nationale volontaire de médecins individuels qui travaillent en collaboration avec la population du Canada à défendre les normes les plus élevées de santé et de soins de santé. L'AMC exerce une vaste gamme de fonctions, comme la promotion de la santé et des politiques et stratégies de prévention des maladies et accidents, la défense de l'accès à des soins de santé de qualité, la promotion du changement au sein de la profession médicale, et l'offre de leadership et de direction aux médecins pour les aider à influencer et à gérer les changements de la prestation des soins de santé, et à s'y adapter.

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)

L'Association canadienne pour la santé mentale est un organisme bénévole oeuvrant à l'échelle nationale dans le but de promouvoir la santé mentale de tous et de favoriser la résilience et le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale. L'ACSM accomplit ce mandat par la défense des droits, l'éducation, la recherche et les services. Chaque année, elle fournit des services directs à plus de 100 000 Canadiens grâce aux efforts combinés de plus de 10 000 bénévoles et employés travaillant dans plus de 135 collectivités d'un océan à l'autre.

Association des psychiatres du Canada (APC)

L'APC est la voix des psychiatres canadiens. Sa mission est d'atteindre les normes les plus élevées de services psychiatriques pour la population du Canada. Ses services comprennent le perfectionnement professionnel continu, l'élaboration de lignes directrices de la pratique et professionnelles, et l'éducation du public. L'association accorde la priorité aux projets en collaboration au sein de la psychiatrie et avec d'autres professions, groupes de consommateurs, gouvernements, et le secteur privé pour promouvoir de meilleurs services et stratégies de santé mentale.

Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie (FCRP)

La FCRP est un organisme de bienfaisance national, créé en 1980, pour recueillir et distribuer des fonds pour la recherche psychiatrique aux universités canadiennes et aux hôpitaux universitaires. Comptant trois employés, supervisés par un conseil d'administration bénévole et un conseil consultatif professionnel, la FCRP a à ce jour alloué plus de 9 millions de dollars par 312 bourses et subventions de recherche.

Société canadienne de psychologie (SCP)

La SCP dirige, fait progresser et promeut la psychologie en tant que science et que profession pour la population canadienne et l'humanité. La SCP fait la promotion de l'avancement, de la diffusion et de l'application pratique des connaissances psychologiques, et élabore des normes et principes déontologiques pour l'éducation, la formation, la science et la pratique de la psychologie.

Société pour les troubles de l'humeur du Canada (STHC)

La STHC est un organisme de bienfaisance national enregistré, sans but lucratif, qui se consacre à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de dépression, de trouble bipolaire et autres troubles connexes. La STHC se veut la voix nationale des consommateurs et des familles qui fait en sorte que leurs questions et préoccupations soient comprises et considérées dans l'établissement des priorités de recherche, l'élaboration de stratégies de traitement et la création de politiques et programmes gouvernementaux liés à la santé mentale.

Réseau national pour la santé mentale (RNSM)

Le RNSM existe pour représenter, éduquer et fournir une expertise et des ressources pour une meilleure santé et un plus grand bien-être de la communauté canadienne des consommateurs de la santé mentale. Les principes de l'inclusion, du choix éclairé et de l'individualité sont au cœur des intérêts du RNSM. L'individualité de chaque consommateur est valorisée et appréciée. Il tente de parvenir au but commun de représenter la communauté des consommateurs de la santé mentale en habilitant les individus qui, ensemble, créent une puissante voix unifiée.

Infirmières psychiatriques autorisées du Canada (IPAC)

Les IPAC représentent les organismes d'autorisation et de réglementation des infirmières psychiatriques professionnelles dans les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba. Les IPAC sont un meneur reconnu, innovateur et proactif de la réforme de la santé mentale, voué à faire en sorte que la population canadienne ait un système de santé mentale accessible et efficace qui utilise pleinement les compétences et l'expertise des infirmières psychiatriques autorisées. Les IPAC visent l'excellence dans la prestation des soins de santé mentale.

Société canadienne de la schizophrénie (SCS)

La SCS aide les personnes atteintes de schizophrénie et leurs familles. Elle défend les améliorations des traitements et services, et les changements nécessaires des lois provinciales et fédérales. La SCS vise à réduire la discrimination et les stigmates dont font l'objet les personnes qui vivent avec la schizophrénie en sensibilisant davantage le public et en soutenant la recherche sur la schizophrénie, grâce à la Fondation de la SCS.

Association pour la santé mentale des Autochtones du Canada (ASMAC)

L'ASMAC est une association sans but lucratif gérée par les chefs autochtones, qui existe pour améliorer les populations canadiennes des Premières nations, des Métis et des Inuits en abordant la guérison, le bien-être, et d'autres problèmes de santé mentale, y compris les toxicomanies. Cette association est née de la section santé mentale des Autochtones de l'Association des psychiatres du Canada, qui a été formée en 1975. L'ASMAC a été incorporée en 1990. Elle offre des services d'information toute l'année, s'occupe d'un inventaire des comptes rendus des congrès, et sert de banque de ressources.

Notes

- ¹ Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002.
- ² Notes pour l'allocation de l'honorable Ujjal Dosanjh à l'Association canadienne pour la santé mentale, division de la C.-B., « Bottom Line Conference », Vancouver, Colombie-Britannique, le 5 février 2005.
- ³ Murray, C.J.L., Lopez, A.D. *The global burden of disease*. 1996, Genève, OMS, ch.4, p.201-246.
- ⁴ Santé mentale pour enfants Ontario, *Children's Mental Health: High Needs, High Returns, Pre budget submission*, février 2004.
- ⁵ Cole, M.G. « Delirium in Elderly Patients », *Am J. Geriatr Psychiatry*, 2004 12(1): 7-21; Bucht, G., Gustafson Y., Sandberg, O. : « Epidemiology of delirium », *Dement Geriatr Cogn Disord*, 1999, 10 (5): 315-8.
- ⁶ Bland, R.C., Orn H., Newman S. *Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders in Edmonton*. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1998.
- ⁷ Lester, H., Glasby J. Tylee A. « Integrated primary health care: opportunity in the NHS? », *Br J of Gen Pract*, 2004: 54: 285-291.
- ⁸ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être 2002*, (82-617-X1F), consulter <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-X1F/>
- ⁹ Santé Canada (2004). *Le VIH et le sida au Canada - Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003*, p.48.
- ¹⁰ Santé mentale pour enfants Ontario, *Children's Mental Health: High Needs, High Returns, Pre budget submission*, février 2004.
- ¹¹ Ibid
- ¹² *Étude sur la santé des jeunes ontariens*, 1989/Statistique Canada 2003 (tiré de Santé mentale pour enfants Ontario, op cit)
- ¹³ Dewa, Carolyn S. et coll. « Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace », *Healthcare Papers*, Vol. 5, No. 2. 2004.
- ¹⁴ Conn, D.K. *Aperçu des troubles mentaux les plus fréquents chez les aînés*. Écrits en gérontologie – Santé mentale et vieillissement, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Gouvernement du Canada 2002.
- ¹⁵ Murray, C.J. and A.D. Lopez. 1997. *Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause, 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. *Lancet* 349: 1498-504.
- ¹⁶ Sareen, J., Cox, B.J., Affi, T.O., Clara, I et Yu, B.N. « Le besoin perçu de traitement de santé mentale dans un échantillon national représentatif du Canada », *Can J Psychiatry* 2005; 50(10): 643-651.
- ¹⁷ Vasiliadis, H.M., Lesage, A., Adair, C., Boyer, R. « L'utilisation des services pour des raisons de santé mentale : les différences interprovinciales de taux, de déterminants et d'équité d'accès », *Can J Psychiatry* 2005; 50(10): 614-619.
- ¹⁸ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être 2002*, (82-617-X1F), consulter <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-X1F/>
- ¹⁹ Starkes, J.M., Poulin C.C., Kisely, S.R., « Le besoin non comblé de traitement de la dépression dans le Canada atlantique », *Can J Psychiatry* 2005; 50(10):580-590.
- ²⁰ Bill Wilkerson, *Remarques à la Réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres responsables du travail*, Toronto, Ontario, le 27 janvier 2005
- ²¹ Comité ad hoc sur la recherche en santé concernant les futurs choix d'interventions, Organisation mondiale de la santé (OMS), 1996. *Investing in Health Research and Development*, Genève, OMS.
- ²² Dewa, Carolyn S., et coll. « Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace », *Healthcare Papers*, Vol. 5, No. 2. 2004.
- ²³ Mental Health Works, *Mental health in the Workplace: Facts and Figures*, Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario, 2003. Toronto, ON.
- ²⁴ Ibid.
- ²⁵ Ibid.
- ²⁶ Ibid.
- ²⁷ Martin Shain et coll. *Mental Health and Substance Use at Work: Perspectives from Research and Implications for Leaders*, document de travail rédigé pour la table ronde mondiale économique des entreprises sur la santé mentale et les toxicomanies, le 14 novembre 2002 (inédit).
- ²⁸ Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Sondage national auprès des médecins*, 2004. Ottawa, ON.
- ²⁹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2004). *Rapport provisoire, rapport 2. Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, p. 77.
- ³⁰ Appleby, Louis. *The National Service Framework for Mental Health – Five Years On: A Report to the Secretary of State for Health on Progress on Implementation of the National service Framework for Mental Health*

**Empty page
if this is for print**

**Empty page
if this is for print**

Empty page
if this is for print

Empty page
if this is for print

BACK COVER