



NOTES D'ALLOCATION DE

MICHAEL HOWLETT

PRÉSIDENT, COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

AU

**CONSEIL D'ADMINISTRATION,
ASSOCIATION CANADIENNE DES CHEFS DE POLICE**

CHARLOTTETOWN, ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

LE 8 AOÛT 2009



Introduction

Je vous remercie de votre présentation appréciée, commissaire Fantino.

Je remercie le Conseil d'administration et le Comité exécutif de l'ACCP qui m'ont donné cette occasion de faire le point sur le travail de la Commission de la santé mentale du Canada et, en particulier, dans le secteur de la santé mentale et de la loi.

En collaborant à de nombreuses initiatives, la Commission et l'ACCP font déjà de grands progrès. Je ferai aussi le point aujourd'hui sur ces initiatives et vous ferai part de mes réflexions sur ce que nous pouvons encore faire ensemble.

Je suis accompagné de M^{me} Dorothy Cotton, psychologue au Service correctionnel Canada, région de l'Ontario. Terry Coleman, auparavant chef du Service de police de Moose Jaw, et Dorothy orientent les projets de liaison policière en santé mentale de l'ACCP. D'autre part, et ce n'est pas peu dire, Dorothy et Terry sont membres du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission de la santé mentale. Ils surveillent ensemble les initiatives mixtes entre l'ACCP et la Commission. Je remercie Dorothy et Terry de leur grande contribution à l'avantage du programme de la Commission.

Contexte

La Commission a été constituée après la plus grande consultation sur la santé mentale jamais faite auparavant dans ce pays. Cette consultation a été l'assise du rapport du comité sénatorial publié en mai 2006 sous la présidence de l'ancien sénateur Michael Kirby.

Le rapport du Comité, intitulé *De l'ombre à la lumière*, examine la maladie mentale selon la perspective du système de santé mentale et du système de soins de santé dans l'ensemble au Canada. L'une des principales recommandations était l'établissement d'un organisme national pour considérer les enjeux de la santé mentale. Moins d'un an plus tard, le gouvernement fédéral débloquent des fonds pour la Commission de la santé mentale du Canada. Celle-ci a convoqué sa première réunion du Conseil en septembre 2007.

La Commission est un organisme sans but lucratif, mais n'est pas un prestataire de services. C'est un catalyseur et son mandat est de cibler l'attention nationale sur la santé mentale. Le gouvernement fédéral finance la Commission, mais elle n'est pas dans son giron. Elle a le soutien de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, sauf le Québec.

Nous relevons des défis énormes.

Sept millions de Canadiens seront atteints de maladie mentale cette année. Imaginez donc, c'est une personne sur cinq qui peut être un collègue au travail, un voisin ou un membre de la famille.

C'est triste à dire, mais nombre de ces personnes n'auront pas d'aide parce qu'elles ne peuvent avoir accès aux services ou, pire encore, elles ont trop honte ou craignent de demander de l'aide à cause de la stigmatisation de la maladie mentale.

Les gens qui ont une maladie mentale ont le droit d'obtenir les services et le soutien dont ils ont besoin. Ils ont le droit d'être soignés avec la même dignité et le même respect que nous accordons à tous ceux qui se rétablissent de toute autre maladie.

La Commission doit entreprendre quatre principales initiatives :

- Formuler une stratégie de la santé mentale pour le Canada. Nous sommes le seul pays du G8 qui n'en a pas!
- Entreprendre des projets de démonstration de la recherche sur la santé mentale et l'itinérance.
- Élaborer une initiative antistigmatisation et antidiscrimination sur dix ans.
- Établir un Centre d'échange des connaissances.

Depuis le début en 2007, nous avons établi un organisme et engagé du personnel.

Nous avons aussi constitué des comités consultatifs pour considérer huit principaux secteurs : les enfants et les jeunes; la santé mentale et la loi; les aînés; les Premières nations, les Inuits et les Métis; la main-d'œuvre; les aidants familiaux; les systèmes de prestation de services; et les sciences. À l'aide de représentants de partout au pays, les comités orientent la recherche dans leur secteur d'expertise, donnent des avis au Conseil de la Commission et soutiennent nos principales initiatives.

Stratégie nationale sur la santé mentale

La Commission élabore une structure approfondie pour la stratégie nationale sur la santé mentale axée sur les notions « d'espoir » et de « rétablissement ».

Contrairement au malentendu populaire sur la maladie mentale, le rétablissement est possible pour la grande majorité de ceux qui ont une maladie mentale. Ils peuvent devenir des citoyens et des membres de la famille entièrement fonctionnels. Ils peuvent avoir une vie pleine et enrichissante dans les limites de la maladie mentale, tout comme ceux qui sont atteints d'asthme, de diabète ou d'épilepsie. Nous voulons offrir aux Canadiens qui ont une maladie mentale un espoir réel et des solutions concrètes.

La Commission a achevé récemment la vision provisoire du profil que devrait avoir un système de santé mentale transformé au Canada. Nous avons eu des consultations publiques approfondies sur cette vision, nous avons visité 13 villes au Canada et nous avons rencontré un large éventail transversal d'intervenants. Plus de 1 700 Canadiens ont aussi participé à la consultation en ligne. La structure couvre l'ensemble des programmes de santé mentale, des soutiens et des politiques, reconnaissant la réalité du fédéralisme canadien. La structure convient que la prestation des soins de santé financés par les contribuables est une responsabilité provinciale – territoriale et toute stratégie nationale doit être ajustée à cette réalité.

Itinérance

Un autre important secteur qui préoccupe la Commission est la grande population d'itinérants ayant une maladie mentale.

Le nombre d'itinérants au Canada augmente à un taux alarmant et environ la moitié de tous les itinérants ont aussi une maladie mentale. Ceux qui ont une maladie mentale doivent avoir un endroit sécuritaire où habiter et une continuité relative dans leur vie pour avoir efficacement accès aux services de santé et aux soins de santé mentale.

La Commission procède actuellement au plus grand projet de recherche du genre au monde, soit l'étude de la santé mentale et de l'itinérance.

Dans son budget de février 2008, le gouvernement fédéral a engagé 110 millions de dollars pour que la Commission entreprenne une série de projets de recherche sur cinq ans, afin de déterminer comment aider le plus efficacement les itinérants atteints de maladie mentale, y compris l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et au logement.

Nous établissons actuellement des emplacements de démonstration dans cinq villes au Canada : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton.

Nous ciblons dans chaque ville un groupe distinct d'itinérants atteints d'une maladie mentale. À Winnipeg par exemple, les Autochtones en milieu urbain sont le groupe cible et à Vancouver, ce sont les toxicomanes.

Le modèle « logement d'abord » est l'assise de cette initiative. Le résultat, c'est que 1 325 des 2 225 itinérants atteints de maladie mentale qui participeront à l'étude obtiendront des services de soutien et de logement. Les autres recevront des services réguliers disponibles dans les villes à l'essai.

Nous tirerons des projets un ensemble de données probantes qui permettront au Canada d'être le leader mondial de la prestation de services aux itinérants atteints de maladie mentale.

Initiative antistigmatisation et antidiscrimination

La campagne antistigmatisation et antidiscrimination sur dix ans est une autre grande initiative de la Commission.

Ce sera le plus grand effort systématique de diminution de la stigmatisation de la maladie mentale dans l'histoire canadienne.

C'est l'une de nos tâches les plus difficiles.

La stigmatisation et la discrimination sont un fardeau personnel énorme pour ceux qui ont des troubles de santé mentale.

Pendant la consultation avec le Comité sénatorial, des gens qui ont une maladie mentale ont dit que la stigmatisation et la discrimination dont font preuve les gens le plus près d'eux, en particulier la famille, les amis et les collègues de travail, infligent souvent un préjudice plus grave que la maladie elle-même.

Il est très difficile de changer les attitudes et les comportements des gens. La stigmatisation, qui comprend l'autostigmatisation, est considérée comme l'un des grands obstacles qui empêchent ceux qui ont des troubles de santé mentale de demander des soins, de maintenir un emploi ou d'avoir une vie pleine et productive.

Notre campagne antistigmatisation adopte une approche multiple qui comprend l'information, les communications directes avec ceux qui ont une maladie mentale et la remise en question des politiques et pratiques discriminatoires des organismes et administrations publiques.

La Commission cible deux groupes à la première phase du plan :

1. les enfants et les jeunes parce que 70 % des maladies mentales chez les adultes prennent racine pendant l'enfance ou l'adolescence,
2. les professionnels des soins de santé parce que des gens atteints d'une maladie mentale nous disent être victimes de stigmatisation et de discrimination de la part des prestataires de services dans le système de soins de santé.

Nous savons très bien qu'il faudra du temps pour que la Commission change les impressions des Canadiens sur la maladie mentale parce que, dans de nombreux cas, nous intervenons contre des attitudes, des comportements, des craintes, des préjugés, des préjugés et des malentendus bien ancrés.

Compte tenu des expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et d'ailleurs, nous savons toutefois aussi qu'une campagne antistigmatisation pluriannuelle soutenue peut changer les attitudes du public. Nous sommes certains que nous réussirons en définitive.

Comité consultatif sur la santé mentale et la loi

J'ai mentionné auparavant que la Commission avait huit comités consultatifs. Ils travaillent à 24 projets environ qui sont tous essentiels aux principales initiatives de la Commission.

Nommé à la Cour de justice de l'Ontario en 1989, Son honneur le juge Edward Ormston est président du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi. Ted a contribué à l'établissement en Ontario du premier tribunal de la santé mentale au monde. Il est actuellement détaché à titre de président du Conseil sur la capacité et le consentement en santé mentale. Il donne aussi nombre de conférences sur les enjeux de la santé mentale à des juges au Canada et sur la scène internationale.

Douze membres du Comité travaillent avec le juge Ormston, y compris Dorothy Cotton et Terry Coleman.

Le Comité s'intéresse aux circonstances qui mettent les gens ayant une maladie mentale en présence de la loi. Cela signifie qu'il faut examiner les répercussions des lois sur ceux qui ont une maladie mentale et les expériences de ces personnes dans le système de justice pénale.

En particulier :

- Le Comité élabore des outils pour évaluer les répercussions actuelles de la loi sur les droits de la personne ayant des troubles de santé mentale.
- Il examine l'évolution des procédures et des meilleures pratiques en soins de santé mentale pour les établissements correctionnels.
- Il détermine si des changements apportés au système de justice pénale actuel aideraient à diminuer le nombre de personnes ayant une maladie mentale qui sont dans le système et si des changements apportés au système donneraient à ceux qui ont une maladie mentale un meilleur accès aux soins hospitaliers avant que leurs actions les poussent dans le système de justice pénale.
- Il considère les meilleures pratiques des interactions des services de police avec les gens qui ont une maladie mentale.

La Commission finance maintenant, par exemple, une importante étude pour analyser et évaluer les interactions avec les services de police des gens qui ont des troubles de santé mentale ou une maladie mentale. La Commission finance l'étude de 100 000 \$, et Dorothy Cotton et Terry Coleman en sont superviseurs.

Le public a généralement l'impression que les services de police interviennent auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale seulement en temps de crise et que ces interactions sont largement négatives. Les médias ont tendance à cibler les occurrences très rares et extrêmement malheureuses qui ont un dénouement néfaste.

Nous savons toutefois que les services de police ont environ trois millions d'interactions chaque année avec des personnes ayant une maladie mentale, que la grande majorité *ne sont pas* dans des situations de crise et seulement une petite minorité de ces gens sont appréhendés en vertu des diverses lois sur la santé mentale.

En fait, la majorité de ces trois millions de communications sont des interventions de soutien sans formalité, par exemple, un agent de police rassure une personne qui a des idées délirantes ou aide ceux dans le quartier qui se préoccupent du bien-être d'un voisin qui n'est pas bien semble-t-il.

Un parent d'un patient en soins de santé mentale a envoyé le mois dernier à la rédaction du *Globe and Mail* une lettre qui m'a frappé. Elle dit ceci : nous avons constaté que les approches les plus humaines qui soutiennent le mieux ont tendance à être celles des agents de police et des travailleurs sociaux au « niveau du premier contact dans la rue »¹.

Ce genre d'interactions n'est jamais documenté et, jusqu'à maintenant, il *n'y a pas* eu de recherche pour examiner en particulier les attitudes des personnes ayant une maladie mentale envers les agents de police.

C'est donc ce que notre nouvelle étude veut faire, notamment :

1. examiner les impressions que les personnes ayant des troubles graves de santé mentale ou une maladie mentale ont de leurs interactions avec les services de police,
2. déterminer les attitudes des personnes ayant une maladie mentale envers les services de police en général,
3. demander aux personnes ayant une maladie mentale quel message ils veulent communiquer aux services de police.

Nous espérons en définitive que cette information aidera à élaborer des lignes directrices sur les meilleures pratiques selon les données probantes pour les programmes de formation et de perfectionnement des agents de police. L'étude documentera aussi l'élaboration et l'évolution de services spécialisés d'intervention policière.

Je suis conscient du travail très important que l'ACCP a déjà accompli pour améliorer le niveau et la qualité de l'intervention policière auprès des personnes ayant une maladie mentale. Le Comité des ressources humaines de l'ACCP fait un travail remarquable depuis près d'une décennie maintenant et j'espère sincèrement que cette nouvelle étude vous aidera à aller plus loin.

Collaboration entre la CSMC et l'ACCP à l'avenir

Nous sommes d'avis qu'il y a de nombreux secteurs où la collaboration future avantagerait autant la Commission que l'ACCP.

En voici quelques-uns :

Premièrement, nous devons prendre des mesures pour que l'information selon la *Loi sur la santé mentale* ne soit plus entrée dans les vérifications de dossier de police.

La Commission et l'ACCP sont déjà entièrement d'accord : les services de police ne devraient *jamais* mentionner les arrestations en vertu de la *Loi sur la santé mentale* dans les vérifications

¹ Lettre à la rédaction de Peter R. Saunders, Aurora (Ontario). *The Globe and Mail*, le mercredi 29 juillet 2009.

de dossier de police. C'est de l'information sur la santé. En refusant de communiquer de l'information qui peut être trompeuse et discriminatoire, les droits de la personne ayant une maladie mentale seront protégés.

Ainsi, les particuliers qui ont été appréhendés plus d'une fois en vertu de la *Loi sur la santé mentale* ne seraient pas arbitrairement disqualifiés des occasions d'emploi ou l'entrée ne devrait pas leur être refusée à la frontière à cause d'un incident mineur couvert dans la *LSM* 20 ans plus tôt.

Des mesures sont déjà prises pour éliminer cette pratique, mais il y a toujours de grandes différences d'un secteur de compétence à l'autre. La Commission est d'avis qu'il est temps d'éliminer cette pratique au Canada une fois pour toutes. Il serait très utile que l'ACCP devienne le leader national à cette fin.

Deuxièmement, au chapitre de l'itinérance, nous pensons que les services de police canadiens ont l'occasion d'être leaders de l'évaluation des pratiques policières à l'égard des itinérants.

Troisièmement, j'ai parlé auparavant de la campagne antistigmatisation et antidiscrimination sur dix ans de la Commission. Nous sommes d'avis que la Commission et l'ACCP ont l'occasion de collaborer à l'élaboration de matériel et de campagnes antistigmatisation particuliers au milieu policier.

Cela pourrait être lié avec **un quatrième secteur d'activité**, c'est-à-dire considérer la santé mentale des agents de police et des employés de services de police en milieu de travail.

Nous sommes conscients que les services de police en général font un très bon travail en prestation de services après les incidents critiques ou en présence du syndrome de stress post-traumatique, mais l'attention jusqu'à maintenant est moins ciblée sur d'autres problèmes comme l'anxiété et la dépression, ainsi que la stigmatisation et l'autostigmatisation qui vont de pair.

Je sais que l'ACCP a eu un très bon point de départ quand elle s'est engagée l'an dernier dans le quatrième Forum annuel canado-américain sur la santé mentale et la productivité dont les enjeux étaient liés à l'intervention policières et aux militaires.

La maladie mentale frappe les hommes et les femmes dans leurs meilleures années de travail. Les troubles de santé mentale touchent en fait de 20 à 25 % de la population active, soit un employé sur quatre ou cinq! Aucune autre maladie n'a de telles répercussions.

Le coût de la maladie mentale en milieu de travail monte en flèche, ce qui taxe l'économie.

La maladie mentale et la toxicomanie sont des causes graves d'incapacité au Canada, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest. Des 10 principales causes d'incapacité dans le monde, *cinq* sont liées d'une manière ou d'une autre aux troubles de santé mentale.

Les réclamations pour les soins de santé mentale, en particulier la dépression, sont maintenant supérieures à celles des soins des maladies cardiovasculaires et c'est la catégorie de coûts pour incapacité en croissance la plus rapide au Canada.

On a estimé en 2002 que les troubles de santé mentale et la toxicomanie coûtaient au Canada 33 milliards de dollars par année en extrants perdus et en charge salariale excédentaire. Cinq ans plus tard seulement, à la fin de 2007, les troubles de santé mentale et la toxicomanie coûtaient autant en Ontario seulement.

En milieu de travail, nous constatons l'éventail complet des troubles de santé mentale, à partir du soi-disant « épuisement professionnel », de la dépression, de l'incapacité de courte durée jusqu'à l'incapacité prolongée et, dans chaque cas, l'intervention du système de soins de santé est limitée.

L'incapacité à cause de la maladie mentale représente jusqu'à 12 % de la charge salariale au Canada. Ces coûts dissimulés et directs peuvent seulement monter à l'avenir si personne ne fait rien maintenant.

Nous sommes certains que c'est dans l'intérêt de tous les organismes d'améliorer la santé mentale des employés. Une meilleure durabilité des employés signifie une plus grande viabilité des organismes et entreprises, et c'est une considération importante en cette période trouble.

Le Comité consultatif sur la main-d'œuvre de la Commission élabore un plan pour garantir que la santé mentale de l'effectif soit une priorité des principaux membres du personnel des organismes.

Il s'agit d'aider tous les leaders de la population active à changer la façon de considérer la santé mentale pour que le milieu de travail soit davantage en mesure de traiter de questions de santé mentale, afin d'améliorer le milieu de travail et l'effectif.

J'apprécierai la collaboration entre le Comité des ressources humaines de l'ACCP et la Commission pour promouvoir ce programme dans les services de police et nous espérons entreprendre ensemble un projet en ce sens bientôt.

Conclusion

J'espère sincèrement et je suis convaincu qu'en optimisant et en élargissant nos efforts concertés, la Commission et l'ACCP peuvent avoir des répercussions positives marquées sur les services de police de nos collectivités au pays et sur les Canadiens dans l'ensemble.

La maladie mentale n'est pas discriminatoire. Elle frappe des gens de tout âge et de tous les milieux, riches ou pauvres.

La Commission de la santé mentale est déterminée à accomplir son mandat pour que tous les Canadiens ayant des troubles de santé mentale ou une maladie mentale puissent avoir dorénavant une meilleure qualité de vie.

Nous continuerons volontiers de collaborer avec l'ACCP pour garantir que nous ferons ensemble la lumière pour toujours sur la santé mentale.

Je vous remercie de votre intérêt et de votre attention appréciée.