



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Pour dresser un Plan d'action en matière de santé mentale pour le Canada

Rapport de la
table ronde – 2015



This document is available in English.

Le document est accessible au <http://www.commissionsantementale.ca>.

RÉFÉRENCE RECOMMANDÉE : Commission de la santé mentale du Canada.
*Pour dresser un Plan d'action en matière de santé mentale pour le Canada:
Rapport de la table ronde - 2015*, Ottawa (Ontario), chez l'auteur, 2016.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2016.

La production de ce document a été rendue possible grâce
à la contribution financière de Santé Canada.
Les vues exprimées aux présentes sont celles de la
Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN: 978-1-77318-005-2

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada

Introduction

Constituée en 2007, la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) est un organisme autonome sans but lucratif qui est financé par Santé Canada et qui s'est vu confier un mandat de dix ans à l'origine (2007-2017).

Parmi les initiatives de la Commission, citons l'élaboration de la première stratégie en matière de santé mentale du Canada, des initiatives visant à réduire la stigmatisation et à faire progresser l'échange des connaissances en santé mentale ainsi que l'examen des meilleurs moyens pour aider les personnes qui sont sans abri et qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale et des maladies mentales.

En 2012, la Commission a publié *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (la *Stratégie*). S'appuyant sur les meilleures données probantes accessibles dans le domaine de la santé mentale et sur les commentaires de milliers de personnes d'un bout à l'autre du Canada, la *Stratégie* transpose les données probantes en recommandations d'action. De vaste portée, elle est structurée selon six orientations stratégiques dont chacune se concentre sur un aspect essentiel du système de santé mentale au Canada. Ensemble, les six orientations constituent un plan directeur pour favoriser le changement.

Entre janvier et mai 2015, souhaitant cerner des domaines prioritaires à l'intérieur des six orientations stratégiques de la *Stratégie* (voir l'annexe A), la Commission a tenu une série de consultations auprès d'intervenants clés dans chaque province et chaque territoire ainsi que des panels spécialisés et panels de groupes démographiques particuliers dont les discussions allaient servir d'intrant dans l'élaboration d'un *Plan d'action en matière de santé mentale pour le Canada* (le *Plan d'action*).

Dans ce contexte, les consultations avaient les objectifs suivants :

- 1 Transformer des orientations stratégiques et des idées complexes en mesures concrètes pouvant être assimilées, adoptées et mises en œuvre;
- 2 Tabler sur l'expertise et le vécu expérientiel pour améliorer et enrichir la *Stratégie*,
- 3 Cerner des domaines dans lesquels une démarche nationale plus vaste en matière de santé mentale pourrait être améliorée pendant la prochaine décennie du mandat renouvelé de la Commission (2017-2027).

Le présent rapport résume chacune des consultations et donne les grandes lignes des thèmes qui sont ressortis de ces conversations. Comme on le voit dans la *Stratégie*, il n'y a pas de démarche homogène qui permettrait d'améliorer le système de santé mentale au Canada. Les personnes qui ont un vécu expérientiel et les fournisseurs dans diverses régions du pays ont naturellement des besoins différents. Le présent rapport a donc pour objectif de trouver les points communs et les divergences qui ressortent des conversations avec les fournisseurs, les intervenants et les personnes qui ont un vécu expérientiel dans chacune des provinces et chacun des territoires. Le rapport servira aussi d'outil pour faciliter les délibérations du groupe de référence de citoyens, qui sera convoqué sous peu, car il servira de base pour d'autres discussions sur les priorités et les défis à l'échelle locale, provinciale ou territoriale et nationale, qui feront avancer le *Plan d'action*.

Chaque consultation était centrée sur cinq questions et dirigée par un animateur ou une animatrice. Dans la plupart des cas, les participants discutaient en petits groupes puis partageaient les résultats de leurs discussions en plénière. Les animateurs n'ont ménagé aucun effort pour veiller à ce que chaque groupe se compose de personnes qui provenaient de milieux différents et qui avaient des expériences et des intérêts différents en matière de santé mentale et de prestation de services en santé mentale.

Les cinq questions autour desquelles ont porté les discussions étaient les suivantes :

- 1 Parmi les six orientations stratégiques de la *Stratégie* en matière de santé mentale, à laquelle ou auxquelles votre organisation contribue t elle le plus? Sur quel axe organisationnel devrait on mettre l'accent en rapport avec les orientations stratégiques?
- 2 Quelles actions sont prioritaires aux yeux de votre organisation? Quelles sont les propres priorités de votre organisation? Pouvons nous déterminer quelles seraient les priorités générales?
- 3 La tendance pointe t-*Stratégie* elle vers une progression? Qu'est ce qui fonctionne bien, qu'est-ce qui ne fonctionne pas? Quels sont les enjeux les plus pressants et quels sont les obstacles?
- 4 Selon vous, sur quoi devraient porter les efforts nationaux pour opérer des changements au niveau du système? Sur quels enjeux? Sur quelles actions?
- 3 Pouvons nous classer par ordre d'importance les priorités les plus pressantes au niveau national?

Les discussions qui ont suivi n'étaient pas toutes uniformes sur les plans de la structure ou de la fidélité aux questions posées, mais les mêmes thèmes et les mêmes enjeux de base en sont ressortis. Les sommaires qui suivent présentent les grands thèmes et les recommandations notables qui sont ressortis de chaque consultation. Lorsqu'il est question des « participants » dans le compte rendu qui suit, il s'agit des personnes qui ont pris part à ces séances de consultation.



Table des matières

Introduction	3
Sommaire	7
La perspective nationale	11
Table ronde nationale, Ottawa - 19 mars 2015	11
De l'Ouest à l'Est : Dialogues régionaux	14
Vancouver (Colombie-Britannique) - 27 janvier 2015	14
Edmonton et Calgary (Alberta) - 26 et 27 janvier 2015	16
Regina (Saskatchewan) - 30 janvier 2015	18
Winnipeg (Manitoba) - 27 mars 2015	21
Mississauga (Ontario) - 29 juillet 2015	23
Montréal (Québec) - 29 juin 2015	24
Fredericton (Nouveau-Brunswick) - 23 avril 2015	26
Halifax (Nouvelle-Écosse) - 12 mars 2015	29
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) - 5 mars 2015	30
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) - 5 mars 2015	32
Premières nations, Inuits, Métis, Nord et Territoires	34
Iqaluit (Nunavut) - 24 mars 2015	34
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) - 22 mai 2015	36
Whitehorse (Territoire du Yukon) - 22 mai 2015	37
Premières nations - Winnipeg (Manitoba) - 25 mars 2015	38
Ralliement national des Métis - 27 janvier 2015	39
Comité national des Inuits sur la santé, Hopedale (Labrador) - 22 avril 2015	41
Famille de la Commission	42
Conseil consultatif de la Commission, Ottawa - 12 février 2015	42
Conseil des jeunes de la Commission, Ottawa - 20 et 21 mars 2015	43
Consultations auprès du personnel de la Commission, Ottawa et Calgary - Février et mars 2015	44
Annexe A	46
Les six orientations stratégiques de Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada	46

Sommaire

En dépit de progrès substantiels réalisés ces dernières années, les services en santé mentale et leur prestation au Canada continuent d'être sous financés et ne répondent pas aux besoins croissants de la population. Les troubles mentaux et les maladies mentales sont en train de devenir des thèmes de discussion de premier plan dans les bureaux, les salles du conseil, les salons et les cuisines de partout au pays, ce qui s'explique en partie par des campagnes anti stigmatisation efficaces comme la campagne Bell Cause pour la cause de Bell Canada.

Bien que les attitudes aient changé et qu'elles aient évolué à la vitesse de l'éclair, les mécanismes institutionnels accusent encore du retard. Parmi les pays développés, le Canada est celui qui dépense le moins pour le traitement de la maladie mentale en proportion de son PIB. Par conséquent, de nombreux fournisseurs sont incapables de répondre aux besoins et manquent de ressources pour s'attaquer adéquatement aux enjeux auxquels ils font face. La vaste étendue et la géographie particulière de notre pays, la diversité de ses populations vivant dans des régions éloignées et difficiles d'accès, son profil démographique complexe et son pluralisme culturel profond, voilà autant d'obstacles significatifs pour tout effort concerté à l'échelle nationale.

Et pourtant, les diverses consultations tenues par la Commission pendant la première moitié de 2015 montrent clairement que c'est exactement ce dont nous avons besoin.

La partie qui suit résume les principales constatations et les points de consensus qui sont ressortis des séances.

DES PROGRÈS ONT ÉTÉ ACCOMPLIS, MAIS IL RESTE DES DÉFIS

Un thème est ressorti de nombreuses consultations, à savoir un optimisme général au sujet des progrès accomplis en matière de santé mentale ces dernières années. Beaucoup de participants ont convenu que pour la première fois, il est possible de tenir des conversations sérieuses sur les politiques dans la sphère publique et que la possibilité de mobiliser massivement des intervenants et des décideurs clés est plus grande que jamais. Mais certains défis restent à relever si on veut sortir la question de la santé mentale de la marginalité.



Forts de la vaste expérience qu'ils ont accumulée aux quatre coins du pays, les participants aux tables rondes sont revenus systématiquement et à répétition sur ces défis et ont fait valoir que pour les relever, il ne faudra rien de moins qu'une démarche holistique et systémique dotée de ressources financières plus importantes.

La santé mentale touche à un si grand nombre d'autres enjeux qu'elle risque souvent d'être intégrée ou absorbée dans ces autres questions, tant du point de vue institutionnel que du point de vue conceptuel. Après tout, la santé mentale ne concerne pas la personne uniquement, c'est plutôt un vaste enjeu social, politique et économique, notamment si on songe aux coûts que la maladie mentale représente pour l'économie, pour ne nommer que cet aspect là. Mais surtout, elle est reliée à de nombreux facteurs socioéconomiques comme la pauvreté et l'inégalité du revenu. Elle se manifeste donc très systématiquement, au même titre que la santé physique. C'est pourquoi, comme les participants ont été nombreux à en convenir, une démarche nationale, quelle qu'elle soit, doit prendre en considération les déterminants sociaux de la santé mentale (ses « causes profondes ») et s'attaquer de manière holistique aux problèmes avec lesquels nous sommes aux prises.

Les participants à divers panels n'ont pas tardé à faire remarquer que le manque de financement actuel limite sérieusement la capacité des organisations dans le domaine de la santé mentale de faire autre chose que de la gestion de crise. Par conséquent, les enjeux structurels qui y sont associés demeurent souvent, et chroniquement, sans solution. Les participants étaient nombreux à penser que des ressources plus abondantes permettraient d'intervenir tôt et qu'un travail plus efficace auprès des enfants en ferait beaucoup pour régler une partie de ces enjeux structurels. Plusieurs participants ont aussi fait remarquer que leurs organisations n'ont souvent pas de contact avec les particuliers avant que le problème ne devienne aigu, et encore là, c'est souvent par manque de ressources.

Beaucoup étaient d'avis que la santé mentale demeure une question de second rang, en dépit des avancées dans la lutte contre la stigmatisation. Cette observation est corroborée par la disparité dans la façon dont la santé physique est traitée par rapport à la santé mentale

En matière de santé physique, le système public de soins de santé du Canada offre gratuitement diagnostic et traitement, mais il n'en va pas de même pour la santé mentale. Un grand nombre de services essentiels comme le counseling psychologique sont souvent inaccessibles aux personnes qui en ont besoin, car les services des fournisseurs privés coûtent trop cher.

Outre les problèmes de financement, les participants se sont souvent dits inquiets de la façon dont les ressources existantes devraient être distribuées et l'information partagée. Ils s'entendaient sur la nécessité de recueillir de meilleures données et de mieux diffuser les recherches. Cette action, parmi d'autres, a été souvent citée comme moyen de combattre le cloisonnement institutionnel et l'insularité entre les organisations qui s'intéressent à la santé mentale. Le système actuel, comme certains n'ont pas manqué de le souligner, est un assemblage hétéroclite auquel font défaut des lignes directrices opérationnelles unifiées et des pratiques exemplaires convenues mutuellement.

LES POINTS DE VUE DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS

Les participants aux six consultations distinctes menées dans les territoires et auprès des populations autochtones ont relevé un grand nombre des mêmes enjeux que ceux des autres séances, mais leurs vues étaient nettement moins optimistes et elles traduisaient un plus grand sentiment d'urgence. Beaucoup estimaient que le manque chronique de ressources pour la santé mentale avait des répercussions particulièrement significatives dans leurs communautés, comme en témoignent les taux de suicide plus élevés que la moyenne nationale. Plusieurs ont également mentionné les défis géographiques associés à la prestation efficace de services en santé mentale à des populations culturellement et linguistiquement diverses qui sont disséminées dans de vastes régions.

Une conséquence de ce manque de ressources, particulièrement dans le Nord, est que les établissements correctionnels sont surchargés de personnes aux prises avec des troubles mentaux ou des maladies mentales et que le personnel de ces établissements est ni équipé ni formé pour traiter ces cas.

Lors de plusieurs consultations, les participants ont également préconisé une représentation autochtone plus importante dans les organes décisionnels et les conseils d'administration pertinents. Plusieurs ont soulevé un autre problème, à savoir que des groupes autochtones divers sont souvent abordés de manière monolithique, sans que leur culture ou leur vécu expérientiel soit pris en considération. Certains documents de premier plan se rapportant à la santé mentale n'existent actuellement qu'en anglais ou sont produits dans des formats inaccessibles pour certaines personnes et certaines communautés qui en auraient besoin.

LA VOIE À SUIVRE

L'une des principales constatations qui ressort de ces consultations est qu'il n'existe pas de solution facile pour relever les défis qui se posent à nous en matière de santé mentale. Compte tenu de sa nature structurelle, la santé mentale est par définition une préoccupation systématique à l'échelle nationale qui revêt de la pertinence pour tous, depuis les décideurs jusqu'aux premiers répondants en passant par les gestionnaires de bureau, sans oublier le personnel de première ligne dans les domaines de la santé, des services policiers et de l'enseignement.



Un autre besoin est ressorti des consultations auprès des populations autochtones et d'autres consultations, celui d'assurer la compatibilité entre les idées conceptuelles émergentes en matière de santé mentale et des concepts comme le « bien être mental », qui interpellent davantage les Premières nations.

Seule une démarche holistique multisectorielle, misant sur les compétences des organisations individuelles et des divers secteurs permettra de s'attaquer aux défis qui se présentent dans le système de santé mentale du Canada.

À cette fin, les participants aux consultations ont présenté une série de suggestions importantes et spécifiques inspirées de leur vécu expérientiel et de leur expertise.

Voici une liste de certains des objectifs et des recommandations qui sont revenus le plus souvent et qui ont été le plus largement partagés :

- Adopter des lignes directrices et des normes d'accréditation nationales pour veiller à ce que les organisations utilisent l'information la plus à jour et à ce qu'il y ait des structures de reddition des comptes;
- Investir dans la santé mentale tout au long de la vie, et ce, dès les premières années, pour que les maladies et les problèmes soient diagnostiqués plus tôt;
- Mieux soutenir les personnes à risque lors d'importants moments charnières de la vie, comme la transition entre l'adolescence et l'âge adulte;
- Intégrer la santé mentale dans le programme d'enseignement des écoles, particulièrement au postsecondaire;
- Intégrer la santé mentale dans la formation de travailleurs clés des premières lignes, comme les premiers répondants, les policiers, les agents des douanes et les agents correctionnels;
- Recourir à des formats de rechange comme la vidéo pour rejoindre de nouveaux auditoires, particulièrement les jeunes;
- Prendre des mesures concernant le logement abordable et le logement assorti de services de soutien comme plateforme pour dispenser plus largement des services en santé mentale;
- Assurer l'intégration conceptuelle et institutionnelle des traitements contre la toxicomanie, les dépendances et la maladie mentale;
- Mieux se sensibiliser aux enjeux associés aux troubles de l'alimentation et peut être les intégrer au cadre stratégique de la Commission;
- Améliorer les méthodes de collecte de données et de partage de l'information, peut être en créant une base de données nationale;
- Recourir davantage à la Commission comme intermédiaire pour continuer à favoriser la collaboration et à forger des partenariats.

On reviendra de façon plus détaillée sur ces suggestions et de nombreuses autres dans les pages qui suivent. Même si la route qui mènera à une stratégie nationale efficace en matière de santé mentale sera sans aucun doute longue et tortueuse, ces consultations et celles qui restent à venir montrent la voie à suivre.



La perspective nationale

Table ronde nationale, Ottawa – 19 mars 2015

Les discussions s'articulaient autour des six orientations stratégiques de la *Stratégie*. Avec l'aide d'un facilitateur, 29 personnes constituant un échantillon représentatif du secteur de la santé mentale ont pris part à une série de discussions longues et détaillées en petits groupes et fait rapport au groupe dans son ensemble après chaque discussion.

Lors de la séance d'ouverture, de nombreux participants ont convenu que leurs différentes organisations abordaient les six orientations stratégiques de la Commission dans le cadre de leur travail. Plusieurs observateurs ont fait remarquer que ce point commun suggérait l'existence d'une relation symbiotique entre ces organisations et qu'il pourrait donc être difficile d'établir des priorités concrètes. Chaque organisation possède une expertise particulière, mais, en l'absence de plan et d'approche élargis et d'objectifs communs, cette expertise ne sera pas déployée de façon efficace. Comme les participants l'ont reconnu, le défi fondamental consiste donc à élaborer un plan qui respecte les compétences particulières des organisations et des fournisseurs tout en veillant à ce qu'ils travaillent à l'unisson dans le cadre d'une stratégie harmonieuse et véritablement nationale. Dans cette optique, il a été convenu que toutes les parties travaillant à l'élaboration d'un plan d'action pancanadien devront connaître et respecter les différences régionales et les besoins sociaux uniques des patients et des fournisseurs des différentes régions du pays.

Les participants étaient généralement optimistes quant aux progrès réalisés dans la sensibilisation du public aux questions de santé mentale grâce à des initiatives telles que Bell Cause pour la cause, mais ils ont reconnu que des changements systémiques et culturels restaient essentiels. En particulier, certains ont fait remarquer que la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et les maladies mentales avait été quelque peu réduite grâce à plusieurs campagnes publicitaires réussies, mais qu'il restait encore beaucoup à faire. Un risque potentiel des progrès réalisés est qu'ils pourraient entraîner un relâchement des efforts et une réduction des mesures au moment où le besoin est le plus criant.



Plusieurs participants voyaient également avec optimisme la discussion en cours au sujet des stratégies liées à la santé mentale et ont fait l'éloge de l'actuelle Stratégie de la Commission. Certains ont toutefois noté que les progrès accomplis au niveau conceptuel ne s'étaient pas encore traduits en changements concrets et systémiques aux premières lignes de la prestation de services en santé mentale.

Les participants s'entendaient généralement sur la nécessité d'une approche holistique de la santé mentale qui va au-delà des questions liées aux soins ou aux traitements et s'étend à la prévention et à la sensibilisation, aux déterminants sociaux de la santé ainsi qu'aux chevauchements avec d'autres enjeux de politique publique tels que l'inégalité des revenus. Ils ont convenu qu'il fallait continuer de développer l'infrastructure canadienne en santé mentale et que la seule façon d'atteindre cet objectif était de poursuivre les recherches et de prévoir des fonds supplémentaires. Certes, une stratégie est nécessaire pour faciliter la mise en œuvre de nouvelles approches, mais cela ne peut simplement pas se produire sans financement, lequel reste insuffisant dans la plupart des régions.

Un vaste consensus s'est également dégagé selon lequel la future disponibilité de ces ressources dépendra en fin de compte d'une volonté politique soutenue allant au-delà des exigences de chaque cycle électoral.

Un thème récurrent de plusieurs discussions était la nécessité d'un décloisonnement. Beaucoup pensaient qu'en dépit des efforts déployés à l'échelle nationale, les décideurs, les chercheurs, les fournisseurs et les gouvernements continuent à travailler en vase clos, en utilisant leurs propres renseignements et sans collaborer au niveau holistique.

Quelques autres questions ont été soulevées. Fait important, les participants ont fait remarquer que la prestation de soins en santé mentale au Canada comporte encore essentiellement deux niveaux, ce qu'on ne trouve nulle part ailleurs dans le système de santé, parce que certaines personnes n'ont pas les moyens de payer des services de counseling psychologique.

Un groupe de participants a souligné que les questions liées aux troubles de l'alimentation étaient absentes des six orientations stratégiques et a soutenu qu'elles devraient être incluses.

Les participants ont également examiné la question de savoir si la Commission devrait fonctionner principalement comme catalyseur et facilitateur ou comme fournisseur chargé d'affecter des fonds et des subventions à d'autres organisations. Beaucoup d'entre eux estimaient que les rôles de sensibilisation et de financement devaient être laissés à d'autres et que la Commission devrait fonctionner surtout comme facilitateur qui s'applique à unir des voix disparates, à établir les priorités et que sa stratégie soit de diriger en arrière-plan et de promouvoir les pratiques exemplaires. Une autre question abordée était la possibilité de compléter les six orientations stratégiques par une fiche de rendement ou des normes nationales en matière d'accès afin d'appuyer et de motiver leur mise en œuvre et peut-être d'établir un lien avec le financement.



Plusieurs ont indiqué qu'il fallait non seulement respecter les différences régionales et en tenir compte, mais aussi adopter une approche inclusive et adaptée à la culture en ce qui concerne la terminologie employée dans le domaine de la santé mentale (p. ex., « bien-être mental » étant un concept plus pertinent et plus évocateur pour de nombreuses Premières nations).

Plusieurs participants ont attiré l'attention sur les questions d'éducation et de formation, particulièrement la nécessité d'imposer des normes nationales de formation pour les premiers intervenants et de mieux exposer les futurs professionnels de la santé mentale aux réalités du travail de première ligne et aux domaines où les besoins sont les plus grands. Un groupe a recommandé la mise en œuvre d'un programme d'éducation en santé mentale dans les écoles de tout le pays afin de sensibiliser les élèves et de continuer à réduire la stigmatisation. Une question connexe était la formation inadéquate des médecins de famille concernant le traitement de la maladie mentale.

La nécessité d'une approche qui prend au sérieux les expériences et les réalités vécues par les Premières nations, les Inuits et les Métis a été un thème récurrent de la discussion. Outre les questions de langue, plusieurs participants ont indiqué qu'il reste difficile d'accéder aux soins dans de nombreuses régions du pays, en particulier dans le Nord.

Comme la discussion élargie portait en partie sur les inégalités et les différences entre les régions, de nombreux participants ont souligné l'importance de continuer à faire avancer les connaissances sur les besoins en santé mentale spécifiques aux différentes communautés afin de mieux servir les patients et d'éviter une approche paternaliste ou homogène.

Une composante essentielle de cette approche sera une plus grande coopération entre les différents ordres de gouvernement afin d'assurer la mise en commun des résultats de recherche et des données disponibles. Pour aller de l'avant, il faudra améliorer la collaboration non seulement entre les gouvernements, mais aussi entre les ministères.

Un groupe de participants a souligné que le système juridique et le secteur des services en santé mentale restaient en désaccord et que l'élargissement du dialogue aux intervenants de ces secteurs pourrait être une prochaine étape importante. La nécessité d'intégrer les programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et les dépendances dans les services de première ligne a également été mentionnée au cours du débat de même que la nécessité plus large de traiter la toxicomanie et les dépendances comme des maladies mentales.



De l'Ouest à l'Est : Dialogues régionaux

Vancouver (Colombie-Britannique) – 27 janvier 2015

Un grand nombre des thèmes généraux soulevés lors d'autres consultations ont été répétés tout au long de la séance à Vancouver. Cependant, les participants étaient encore plus catégoriques quant à la nécessité d'une approche holistique et systémique.

Les participants s'entendaient sur l'importance de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans toutes les discussions portant sur la santé mentale et de la contextualisation de celle-ci en tant qu'élément qui a son importance dans tous les secteurs. Comme l'a souligné un participant, les administrations qui sont largement concernées par la justice sociale et l'équité et qui, par conséquent, intègrent la santé mentale dans un programme social plus vaste obtiennent généralement de meilleurs résultats. Un autre participant, qui appuyait l'adoption d'une approche holistique et multisectorielle, a parlé de la surreprésentation des personnes aux prises de maladies mentales dans le système de justice. Un participant a critiqué l'utilisation du terme « inégalité de revenu » en tant que déterminant de la santé mentale, en faisant valoir plutôt que la pauvreté elle-même, par opposition à la simple disparité, représente un important obstacle à l'accès. Selon un autre, la Colombie Britannique est la seule province à avoir dressé une stratégie de réduction de la pauvreté.

Un autre thème connexe sur lequel les participants ont fortement insisté était ce que l'un d'eux a appelé la « discrimination structurelle » à l'égard de la prestation de services et soins en santé mentale. Tandis que le fardeau global des problèmes et maladies de santé mentale, du point de vue du coût, est estimé à environ 25 %, seulement 7 % du PIB est investi dans les services en santé mentale. Par conséquent, selon les estimations, seulement un tiers de la population qui en a besoin obtient des soins primaires. Le problème, comme plusieurs en ont convenu, n'est pas simplement un problème de financement et de ressources, mais également la marginalisation continue du secteur de la santé mentale. En dépit des progrès qui ont été réalisés, certains participants avaient le sentiment que le secteur de la santé mentale continue d'être traité comme un groupe d'intérêt et qu'il ne jouit donc pas d'une voix égale dans les conversations portant sur la politique gouvernementale et les questions sociales. Cette « séparation de la santé mentale » a été identifiée comme une importante source de préoccupation.



Plusieurs ont fait remarquer que les nouvelles technologies et particulièrement les technologies dans le domaine des communications (p. ex. la cyber santé mentale), aident déjà à améliorer les efforts de rayonnement et à créer une meilleure culture d'accès.

Les participants partageaient également l'avis qu'il est toujours vital d'inclure, à la planification et à la prestation de services, des questions visant à déterminer comment mieux inclure les Premières nations, les Inuits et les Métis, les personnes au vécu expérientiel, les personnes à l'orientation sexuelle ou à l'identité du genre qui diffère de celle de la majorité et qu'il est nécessaire d'améliorer et de rehausser les compétences culturelles au sein du système de santé mentale. Certains participants trouvaient aussi que la participation et les consultations doivent être généralement plus inclusives et que la diversité que l'on trouve à Vancouver n'était pas bien reflétée parmi les participants à la séance.

Un autre thème important, portant la discussion en profondeur sur les domaines où des améliorations s'imposent, était la persistance d'un modèle axé sur les crises au lieu de l'application d'un modèle plus systémique et plus étendu. Un participant a parlé de la mesure dans laquelle le système n'interagit toujours pas avec les personnes ayant un besoin avant que leurs conditions deviennent aiguës. Dans le même ordre d'idées, certains pensaient qu'il faut se concentrer davantage sur les points de transition et les troubles concomitants afin de réduire l'intervention reposant sur le modèle axé sur les crises et éviter que les gens passent entre les mailles du filet (p. ex. lorsqu'ils font la transition du système de justice à la communauté ou lorsque des jeunes atteignent l'âge adulte).

On s'est entendu sur l'importance d'améliorer les arguments préconisant un investissement accru dans le domaine de la santé mentale, l'un des participants suggérant que l'on pourrait y parvenir en créant des modèles et des critères d'évaluation communs qui permettraient de déterminer le rendement potentiel des investissements. On a aussi suggéré que les investissements dans le domaine de la santé mentale pourraient être présentés comme des investissements dans la productivité et la prospérité futures, une approche qui, d'après certains, pourrait rendre ces investissements plus attrayants aux yeux des dirigeants au niveau politique.

Les participants convenaient que l'accès à des logements abordables avec services de soutien, où le logement sert de plateforme à la prestation d'autres services et appuis, demeure une lacune et que l'exclusion des toxicomanies et des dépendances de la conversation élargie demeure un obstacle.

À l'instar des autres discussions, on s'entendait sur le besoin d'adopter des mesures et des paramètres davantage uniformes et collectifs. Cependant, cette idée a alimenté une discussion traitant des mérites relatifs aux différents types de mesures. Un participant a fait valoir que les mesures existantes mettent trop l'accent sur l'évitement des événements non souhaités, par exemple, l'absence de visites à l'hôpital ou à l'urgence et non pas suffisamment sur les résultats qualitatifs. Le succès devrait être mesuré plutôt du point de vue des résultats auxquels on s'attend tant de la part des décideurs que de la part des individus comme la mise en place de logements stables, le développement d'un sentiment d'appartenance et la création de réseaux de soutien utiles.

Durant la discussion portant sur les populations prioritaires, les participants partageaient l'avis qu'il y a de l'inégalité entre les différents groupes pour ce qui est des modes de prestation de services en santé et en santé mentale. Alors que les participants s'entendaient, dans une certaine mesure, sur le besoin d'une plateforme générale ou d'un modèle universel, il y avait aussi une certaine reconnaissance des problèmes potentiels que créent l'isolement et le ciblage de groupes spécifiques, surtout lorsqu'ils partagent certains des enjeux et problèmes. Comme l'a fait observer un participant, le choix et la représentation de groupes particuliers dans le processus peuvent entraîner une concurrence inutile pour les ressources et risquent de diviser des populations possédant des caractéristiques multiples en une série de groupes d'intérêt disparates. Ainsi, il est nécessaire de continuer à bâtir une approche qui est universelle et généralisée, mais que l'on peut adapter également en réponse à des besoins complexes.

Pour ce qui était de la question des priorités générales à l'échelle nationale, les participants ont inclus les suivantes : l'écart continu entre les investissements et le besoin; la nécessité de poursuivre les démarches auprès des groupes marginalisés et vulnérables; le besoin d'intégrer les soins de santé mentale aux soins de santé généraux; le besoin d'une stratégie en matière de cyber santé mentale; le besoin d'améliorer la surveillance et la collecte des données ayant trait à la santé mentale au Canada; et le besoin d'étendre l'utilisation du cadre de collecte de données TEMPO à l'échelle nationale.

Edmonton et Calgary (Alberta) – 26 et 27 janvier 2015

Trois consultations distinctes se sont tenues en Alberta durant les mois de janvier et février 2015. Même si ces trois consultations ressemblaient aux autres consultations décrites dans le présent rapport, la troisième, qui s'est tenue à Calgary le 2 février, incluait uniquement des membres du personnel de la Commission et ses résultats sont donc inclus à la section du rapport intitulée « La famille de la Commission de la santé mentale du Canada ».

Le texte qui suit résume le contenu des consultations qui se sont tenues les 26 et 27 janvier à Edmonton et Calgary.

De façon générale, les participants aux consultations en Alberta ont répété un grand nombre des thèmes soulevés lors des autres consultations. Il y avait un accord généralisé concernant le besoin d'un changement systémique et national dans la perception collective des problèmes et maladies de santé mentale, des communications à leur sujet, des ressources qui sont mises à la disposition des personnes qui en sont atteintes et du traitement. En outre, les participants ont parlé du besoin d'une plus grande intégration des services en santé mentale au moyen d'efforts dans l'éducation et le dépistage anticipés et préalables à l'intervention. Comme c'était le cas lors d'autres consultations, les participants étaient d'avis qu'une vaste expansion des services en santé mentale s'impose pour répondre à la demande.

Les participants pensaient que la collaboration au sein du système doit être plus efficace et se faire de façon continue. Dans cette optique, ils ont évoqué le besoin d'améliorer la collecte des données, de créer de meilleurs mécanismes de compilation ou de diffusion de cette information et des résultats des recherches. Selon eux, une amélioration de la qualité de la surveillance et de la communication des données profiterait tout particulièrement aux personnes qui appartiennent aux populations les plus vulnérables, tels que les enfants et les adolescents. Des incitatifs économiques et financiers pourraient servir également à favoriser une collaboration accrue.

De l'avis des participants, on pourrait inclure davantage, aux discussions futures, les premiers intervenants et fournisseurs de services en santé mentale. De plus, certains ont suggéré qu'on pourrait faire appel davantage aux personnes et familles qui possèdent du vécu expérientiel et inclure en tant que parties prenantes tout le monde de la communauté à une vision holistique.

D'autres participants trouvaient qu'on ne met toujours pas suffisamment l'accent sur la famille dans le contexte des soins, c'est à dire que l'on continue de mettre l'accent sur les personnes aux prises de problèmes et maladies de santé mentale et que l'on risque ainsi de négliger le rôle de l'aidant ou de l'unité familiale en tant qu'élément vital du rétablissement.



La réduction du cloisonnement a été mentionnée à plusieurs reprises comme une priorité significative. On a suggéré qu'un cadre national intégré et holistique aiderait grandement à échanger des pratiques exemplaires et à réduire les obstacles entre les provinces.

Pour ce qui concernait l'amélioration de la compétence culturelle, les participants ont suggéré qu'il faudrait faire davantage pour cerner les besoins de santé mentale spécifiques des immigrants et réfugiés, puisque ces derniers ont souvent subi des traumatismes plus graves. Un autre objectif qui était considéré comme important est de faire preuve d'une plus grande sensibilité vis à vis des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT) et vis-à-vis des personnes et communautés des Premières nations, inuites et métisses.

Les participants convenaient que la stigmatisation demeure un important obstacle à l'amélioration de la prestation de services et traitements dans le domaine de la santé mentale et qu'il faut poursuivre les efforts visant à normaliser la santé mentale. Ils s'entendaient également sur le besoin d'augmenter le nombre des logements avec services de soutien à la fois pour les jeunes et les personnes âgées, dans le but d'améliorer l'accès des personnes vulnérables. L'accès demeure un grave problème parmi les populations dans les régions rurales qui tendent à être plus éloignées des centres de services et l'utilisation de nouvelles technologies, comme la cyber santé mentale, peut aider à réduire les disparités entre les régions urbaines et rurales.

En ce qui avait trait à l'infrastructure existante, certains participants trouvaient que les fonds actuels ne sont pas alloués de manière aussi efficiente qu'ils pourraient l'être. On pensait peut être que c'était dû au caractère inadéquat continu des mécanismes

d'évaluation de l'efficacité réelle des stratégies et initiatives en place et de leurs résultats. En d'autres termes, il faut améliorer le processus d'identification des pratiques exemplaires. Ce sentiment était partagé ailleurs par des participants qui ont demandé l'adoption de normes d'accréditation nationales dans le but d'améliorer et d'enrichir les pratiques de première ligne.

Dans la même veine, l'institutionnalisation de définitions et de terminologies communes pourrait aider à faciliter à la fois l'amélioration de la collecte des données et les efforts déployés conjointement à l'échelle nationale et provinciale et parmi les intervenants pour combattre la stigmatisation.

Les participants s'accordaient généralement pour dire qu'une grande priorité devrait être l'obtention de fonds accrus pour la prestation de services en santé mentale et que les soins dans ce secteur devraient représenter une proportion plus importante (p. ex., 10 %) du budget total des soins de santé. On pourrait faciliter ces efforts de lobbying en poursuivant sur la lancée d'initiatives en cours couronnées de succès comme Chez Soi. Les participants aimeraient aussi que de nouveaux fonds soient attribués pour une grande variété de nouveaux programmes ou aux fins d'amélioration de programmes existants. Ces programmes incluaient les suivants : soutien accru aux aidants, expansion des services en santé mentale dans le domaine correctionnel et la formation d'un plus grand nombre de professionnels dans le domaine de la santé mentale.

Regina (Saskatchewan) – 30 janvier 2015

Dix-sept personnes, représentant différentes composantes du secteur de la santé mentale de la province, ont participé à des discussions en groupes restreints, pour ensuite présenter le fruit de leurs échanges au groupe entier après chaque discussion. Étant donné que la Saskatchewan était la première province à dresser sa propre stratégie sur la santé mentale (Plan d'action en santé mentale et toxicomanies de la Saskatchewan), les participants s'en sont souvent servis comme point de référence.

Représentant un vaste éventail de composantes du secteur de la santé mentale, les activités des participants étaient liées à chacune des six orientations stratégiques énoncées dans le *Plan d'action en matière de santé mentale pour le Canada*.

En ce qui touchait les grandes priorités, on a demandé aux participants de voter. Ainsi, les trois priorités principales définies par les participants étaient : une éducation accrue au sujet de la santé mentale dans le système scolaire, un meilleur accès à des cliniciens, aux soutiens et aux paraprofessionnels de haute qualité dans le domaine de la santé mentale et la poursuite des efforts

intersectoriels amorcée dans le propre plan d'action de la Saskatchewan. Le logement et le besoin de renouveler les efforts de pression visant à obtenir des ressources étaient également considérés comme des priorités importantes.

Un groupe a identifié les initiatives et projets en cours dans le secteur de la santé mentale qui d'après lui fonctionnaient bien, mais avaient besoin d'un financement additionnel ou nécessitaient une orientation davantage ciblée ou une expansion : thérapie cognitive du comportement (TCC) en ligne, réintégration des services de soutien d'un système à un autre (p. ex., de l'hôpital au domicile), projet pilote dans un centre de soins primaires comprenant parmi ses effectifs un praticien en santé mentale et prestation intégrée de services de traitement des toxicomanies au Centre correctionnel de Regina.

Le groupe a également parlé favorablement du projet de soutien assuré par des ergothérapeutes que l'on trouve actuellement à Saskatoon et de l'initiative Centraide Canada 211, qui offre un accès à des milliers de services différents par l'entremise d'une ligne téléphonique publique.

Pour ce qui était des principales lacunes et principaux obstacles qui freinent l'amélioration des soins de santé mentale, les participants convenaient que la prévention est toujours un besoin pressant et que pour mettre en œuvre une stratégie de prévention plus efficace, il serait nécessaire pour de multiples secteurs de conjuguer leurs efforts et d'intervenir durant les premières années de la vie. Les participants étaient d'accord aussi que les points de transition nécessitent un renforcement continu afin d'éviter que les personnes aux prises avec des problèmes ou maladies de santé mentale passent à travers les mailles du filet, particulièrement durant la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Ils partageaient également l'avis qu'il faut réduire les temps d'attente, surtout dans le cas des personnes qui ont des problèmes de santé mentale qui vont de légers à moyens et qui empirent souvent à cause des longues périodes d'attente actuelles.

Lorsqu'on leur a demandé de classer par ordre de priorité les populations devant bénéficier d'une prestation ou d'une expansion des services en santé mentale, les participants ont exprimé quelques réserves face à une telle sélection, en convenant que toutes les populations sont importantes. Cependant, les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les adolescents ont été cernés comme des populations où le besoin est particulièrement urgent.

Durant cette partie de la discussion, un participant a expliqué que les professionnels qui travaillent dans des établissements de soins de santé primaires, tels que des médecins de famille et les premiers répondants, devraient être considérés comme une population clé qui devra intervenir de plus en plus souvent à l'avenir.

Les participants ont signalé les nombreux efforts qui d'après eux devraient constituer des priorités à l'échelle nationale. Un thème majeur, qui revenait sans cesse dans plusieurs des discussions, était le besoin d'accroître le financement et d'étendre les services. Un avis généralement partagé était que même s'il y a eu des progrès constants au niveau conceptuel, notamment grâce à une

sensibilisation accrue du public et des intervenants de la santé mentale et grâce au travail fait par la Commission – ces progrès ne se traduisent pas adéquatement en la mise en œuvre des services nécessaires à cause d'un manque de fonds et de ressources. Un aspect qui était considéré comme particulièrement préoccupant était la rémunération des employés de première ligne, qui d'après certains n'est pas suffisante actuellement.

Plus généralement, on a reconnu que la santé mentale est un enjeu holistique qui s'étend à tous les secteurs et qui a des conséquences sociales et économiques profondes qui vont au-delà des expériences que vivent des personnes en particulier. Ainsi, les participants se sont entendus sur le besoin de reconnaître la nature multisectorielle de la santé mentale et qu'il faut faire plus pour réduire le cloisonnement. Une autre importante priorité qu'ils ont définie était l'élaboration accrue de ressources d'éducation et de soutien de qualité pour les fournisseurs de services dans tout l'éventail des interventions (p. ex., travailleurs dans le domaine de la santé mentale, soutien par les pairs, travailleurs sociaux, médecins).

Quelques autres secteurs prioritaires ont été signalés, notamment : le besoin de collecte et d'échange de données de qualité, la poursuite des efforts en matière de prévention du suicide et de l'intervention, tout en mettant l'accent sur les adolescents et le renouvellement des efforts auprès des dirigeants d'entreprise pour étendre davantage des campagnes de sensibilisation et de collecte de fonds qui ont fourni de bons résultats, comme le programme de Bell Cause pour la cause, de sorte à réaliser des progrès additionnels. Parlant d'un aspect connexe, les participants ont suggéré que l'on effectue des analyses de rentabilisation plus solides des besoins en santé mentale afin d'attirer et d'encourager les investissements..



Un consensus s'est dégagé également concernant le besoin de normes nationales ayant trait aux pratiques, à la formation et à la rémunération. Certains participants ont suggéré que, dans cette optique, on mette au point un processus national d'accréditation du soutien par les pairs, qui serait relié au Comité d'accréditation du soutien par les pairs.

Winnipeg (Manitoba) – 27 mars 2015

Lors du dialogue à Winnipeg, les représentants, en très grande majorité, ont réaffirmé le besoin d'un financement accru, de l'expansion des services en santé mentale et d'une amélioration de l'accès à ceux-ci. À bien des égards, les priorités et questions soulignées comme importantes étaient identiques à celles soulevées lors d'autres discussions : besoin d'atteindre les membres des communautés éloignées et des populations à risque, nécessité de mettre l'accent sur la prévention et d'améliorer la collaboration intersectorielle et interministérielle et la réduction de la stigmatisation.

Un groupe de participants avait le sentiment que les services existants omettent d'inclure tout l'éventail des questions de santé mentale et ne permettent pas de s'attaquer aux problèmes systématiquement. Comme l'un des participants l'a affirmé, les organisations fournissent un soutien et empêchent la détérioration, mais ne réussissent pas vraiment à faire reculer les maladies mentales.

Pour ce qui est des priorités des participants et de celles de leurs organisations respectives, plusieurs participants souhaitaient que l'on accroisse les efforts en réponse aux traumatismes et troubles de stress post-traumatiques (TSPT). D'autres voyaient d'un bon œil les programmes de soutien aux enfants et aux parents comme Enfants en santé Manitoba et le Programme de pratiques parentales positives. La poursuite des efforts visant à améliorer la compréhension générale des questions de santé mentale était également vue comme une importante priorité. À cet égard, certains ont suggéré d'intégrer les efforts de sensibilisation à la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation aux programmes d'études au niveau postsecondaire. Un groupe a souligné l'importance de la formation anti-stigmatisation pour les intervenants de première ligne comme les agents des services frontaliers, les agents de police et les gestionnaires de bureau. Parlant des lieux de travail, un participant a proposé la promotion de la « sécurité psychologique » comme concept crucial.

En ce qui concernait les besoins précis du Manitoba, un groupe a noté l'importance de la sensibilité culturelle et du besoin de l'améliorer lorsqu'on intervient auprès des Premières nations dans le Nord de la province et ailleurs. Ils étaient d'avis qu'à cette fin, une « approche personnelle » tenant compte des besoins individuels était la méthode appropriée à suivre pour offrir les soins requis.



Tout comme durant les autres consultations, les participants ont souligné à plusieurs reprises le besoin d'améliorer la collaboration à tous les niveaux, mais tout particulièrement entre les premiers intervenants et les services en santé mentale. Une meilleure collaboration et un échange accru du savoir permettraient d'appliquer rapidement les nouvelles découvertes ou pratiques exemplaires, plutôt que de le faire au coup par coup.

Un participant a insisté sur le counseling thérapeutique à plus long terme, particulièrement auprès des enfants et adolescents.

Les participants ont mentionné un certain nombre de secteurs où ils pensaient que l'on pourrait améliorer les cadres conceptuels ou la prestation de services. En plus de plaider en faveur d'une plus grande collaboration, certains trouvaient que l'accès aux services en ligne pourrait être amélioré et que les mécanismes existants ne sont pas encore très efficaces lorsqu'il s'agit de guider les gens vers les services spécifiques qu'ils requièrent.

Un groupe trouvait que la nature holistique inhérente de la santé mentale, c'est-à-dire, ses rapports avec tout un éventail de déterminants sociaux et de secteurs de politique, crée des problèmes de logistiques dans le contexte des efforts de lobbying visant à obtenir des ressources parce que d'autres ministères et organisations sont souvent mieux placés pour les obtenir. Un participant a également affirmé que la stigmatisation demeure particulièrement grave dans le cas de la schizophrénie et d'autres maladies mentales aiguës et persistantes.

Certains participants partageaient le point de vue que la séparation entre la santé mentale et la toxicomanie est un grave problème et un groupe a recommandé que l'on remédie à cette lacune en procédant à la fusion institutionnelle des deux domaines.

En général, les participants ont noté l'avantage des programmes anti-stigmatisation et l'évolution de la terminologie ayant trait aux maladies mentales qui font qu'aujourd'hui celles-ci sont mieux acceptées par le public. Toutefois, certains participants trouvaient qu'il faut voir la stigmatisation comme une forme de discrimination.

Même si le concept de la stigmatisation est soulevé fréquemment durant les conversations entourant la santé mentale, d'après un participant, la discrimination est la forme qu'elle revêt dans la pratique et il est nécessaire de le reconnaître davantage. D'après lui, il s'agit d'un problème relié aux droits de la personne et il faut l'interpréter ainsi.

Pour ce qui était des aspects sur lesquels devraient porter les efforts nationaux, les participants étaient assez unanimes à penser qu'il faut se concentrer sur le changement structurel et systémique. Un participant a soulevé le manque de fonds fédéraux consacrés aux déterminants sociaux de la santé en précisant, à titre d'exemple, qu'un grand nombre des enfants des Premières nations continuent de fréquenter des écoles qui sont sous-financées et d'habiter dans des communautés où il y a un manque de besoins de base comme de l'eau potable. Certains ont exprimé l'opinion qu'une répartition plus équitable des services disponibles profiterait davantage aux régions rurales et éloignées.

De l'avis de plusieurs participants, la Commission devrait adopter comme orientation principale immédiate l'allocation, au secteur de la santé mentale, de fonds correspondant à 12 % du PIB, par tous les ordres de gouvernement au Canada.

Mississauga (Ontario) – 29 juillet 2015

Au cours de cette réunion, les participantes et les participants tiennent une discussion vaste et de grande portée sur les priorités en santé mentale et les contours de la Stratégie en matière de santé mentale du Canada pour l'avenir.

Au début de la conversation, une personne se dit grandement préoccupée de voir que les efforts actuels se concentrent trop sur le processus et les abstractions plutôt que sur l'action directe. Ce sentiment est exprimé par une ou deux autres personnes au fil de la discussion, mais en des termes moins sévères.

En matière d'établissement de priorités, des observations et des recommandations semblables ressortent de divers groupes. Par exemple, plusieurs personnes mettent particulièrement l'accent sur l'importance de lutter contre le cloisonnement, au niveau du financement autant qu'à celui de la prestation des services. Comme la santé mentale est une question vaste et, en bout de ligne, intersectorielle, plusieurs personnes font remarquer que le financement nécessaire est lourdement cloisonné, au point que cela se répercute sur la qualité des services. Dans la même veine, le partage et la collecte des données sont également mentionnés comme priorités importantes. Une personne a fait valoir qu'il y a actuellement dans ce dernier domaine un déséquilibre du financement, qui est axé sur les intérêts des bailleurs de fonds plutôt que sur les besoins.

Comme dans d'autres groupes, une autre question revient, celle de la nécessité de meilleurs activités de rayonnement auprès de collectivités diverses et plus particulièrement la nécessité d'une approche de la santé mentale. Cette approche permettrait de repérer les personnes aux prises avec la maladie mentale et avec d'autres obstacles comme la pauvreté et la discrimination. Dans l'ensemble, les participantes et les participants semblent s'entendre sur la nécessité de renforcer la compétence culturelle dans l'ensemble du secteur de la santé mentale et d'adopter une définition plus vaste de la « culture » pour qu'elle englobe le patrimoine, l'histoire et le genre.

Certaines personnes font remarquer qu'il manque encore de services dans les endroits où les besoins sont les plus urgents. La promotion de la recherche d'aide et de la prévention a du bon, ajoutent ils, mais à quoi sert elle si les services ne sont pas disponibles? Une personne est d'avis qu'il devrait y avoir des incitatifs, financiers ou autres, pour amener les fournisseurs à s'installer dans les régions et les secteurs mal desservis.



Comme dans d'autres discussions, un thème revient de manière récurrente, celui de la perception de la santé mentale d'un bout à l'autre du pays et de la nécessité d'améliorer les cadres conceptuels actuels pour que la réalité soit mieux reflétée et que la lutte contre la stigmatisation se poursuive. À cette fin, l'importance de mettre davantage l'accent sur la notion de bien être mental est soulignée plusieurs fois. Une personne l'appelle notamment une « orientation humaniste » et fait la différence avec la notion de maladie mentale.

La nécessité d'intégrer le vécu expérientiel, ce qu'une personne appelle le « concept de la co production », est un thème important des discussions. Les participants sont d'avis que de nouvelles parties prenantes doivent être intégrées dans le processus et en particulier dans le processus d'élaboration des politiques. Certaines personnes sont aussi d'avis que dans l'état actuel des choses, les personnes qui ont un vécu expérientiel sont intégrées plus pour la forme qu'à titre de partenaires à part égale.

Une personne fait valoir que les politiques actuelles du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) et du Régime de pensions du Canada (RPC) dressent des obstacles structurels qui limitent la capacité de certaines personnes à participer significativement à la population active ou à la société plus généralement

Autres enjeux soulevés pendant cette discussion : l'importance du logement et le rôle de l'itinérance dans la santé mentale; la nécessité de meilleurs services de transition, particulièrement pendant la transition de l'adolescence à l'âge adulte, mais aussi après la retraite; la nécessité de mesures de rayonnement destinées aux immigrants et réfugiés récents qui ne sont peut être pas au courant de l'offre de services en santé mentale; la nécessité d'examiner les modèles de soins d'autres pays et de déterminer comment ils pourraient être adoptés ici, particulièrement en matière de rétablissement.

Montréal (Québec) – 29 juin 2015

Les participantes et les participants à la discussion du Québec mentionnent un grand nombre de priorités et d'objectifs que la Commission de la santé mentale et le secteur de la santé mentale de façon plus générale pourraient envisager.

Comme dans pratiquement toutes les autres discussions, l'accent est mis sur la nécessité de relever le profil général de la santé mentale et de la littératie en santé mentale afin de réduire la stigmatisation. En particulier, les participantes et les participants estiment que les mesures d'éducation et de formation axées sur la réduction de la stigmatisation devraient être élargies et intégrées dans le réseau des écoles publiques. Selon une personne, accroître le nombre de programmes visant à améliorer la santé mentale dans le milieu de travail pourrait également contribuer à réduire la stigmatisation et à rehausser le profil de la santé mentale.



Ici aussi, l'accent est mis sur la nécessité d'une approche holistique de la santé mentale qui en intègre les déterminants sociaux et les répercussions intersectorielles. Comme le processus peut être complexe, une personne pense que la meilleure façon d'éviter la compartimentation et les lourdeurs administratives est d'aborder chaque personne comme un tout individuel.

La nécessité d'aider les collectivités des Premières Nations à combler les pénuries de services, de soutien et de traitement, par du financement, du soutien logistique ou les deux, est également soulevée. À cet égard, plusieurs personnes pensent que le soutien et les ressources pour les patients autochtones et particulièrement les jeunes patients, demeurent gravement lacunaires. La nécessité de mieux faire connaître et d'intégrer les 94 recommandations de la Commission vérité et réconciliation du Canada, dont les travaux se sont terminés récemment, est également mentionnée lors des discussions sur les enjeux concernant les Premières Nations.

Pour certaines personnes, il conviendrait que les programmes existants soient plus diversifiés pour cibler plus directement des clientèles particulières et notamment les mères, les enfants et les jeunes. S'agissant des enfants et des jeunes, certaines personnes font valoir que les nouvelles technologies pourraient être mieux exploitées pour rejoindre les personnes de moins de 35 ans et que dorénavant, l'innovation dans le domaine de la cyber santé mentale sera essentielle.

Compte tenu de la pénurie chronique de financement pour les services en santé mentale, une personne affirme qu'on devrait redoubler d'effort pour trouver de nouveaux moyens d'attirer des investissements privés dans la recherche, les traitements, les services, le partage des connaissances, etc.

Une question qui a été soulevée seulement dans le cadre de la discussion du Québec est celle de la confidentialité. Une personne est d'avis que certains facteurs liés à la confidentialité peuvent parfois empêcher les proches de dispenser des traitements et d'apporter de l'aide; en ce sens, la confidentialité peut être un obstacle à la communication efficace et/ou entraîner des chevauchements et les patients se retrouvent parfois devant la lourde tâche de tout recommencer à zéro. Selon une personne, un meilleur partage de l'information pourrait améliorer l'efficacité des traitements et assurer une meilleure diffusion de l'information dans l'intérêt des patients.

S'agissant du rôle de la Commission, les participantes et les participants estiment que sa force est de réunir des groupes et des parties prenantes disparates pour participer à des discussions qui n'auraient pas lieu autrement. À l'avenir, ils souhaitent que la Commission sollicite des élus et des décideurs et les informe mieux des discussions qui ont cours actuellement et de la stratégie. Comme dans le cadre d'autres discussions, la nécessité du soutien par les pairs, particulièrement en matière de formation, est soulignée.

Quelques personnes pensent qu'en plus d'organiser et d'animer des discussions, la Commission pourrait jouer un rôle plus important lorsqu'il s'agit de militer en faveur des patients et de soutenir leurs droits.

Fredericton (Nouveau-Brunswick) – 23 avril 2015

Même si la discussion portait essentiellement sur des enjeux précis, plusieurs thèmes y étaient sous-jacents.

Le premier de ces thèmes était le besoin d'une approche davantage intersectorielle dans le domaine de la santé mentale. Avant le début de la discussion formelle, un participant a signalé l'absence, dans le cadre de la consultation, de groupes possédant de l'expertise en traitement et prestation de services en santé mentale et concernés directement par les discussions, y compris des représentants des secteurs de l'éducation, de la sécurité publique, du développement social et des services infirmiers ainsi que de médecins de famille et, tout particulièrement, de représentants des services de police. Ce sentiment a été réitéré plus tard durant la consultation lorsque plusieurs participants ont exprimé le point de vue qu'il faut augmenter le nombre des groupes qui participent aux discussions touchant les populations prioritaires afin de bien saisir les vulnérabilités complexes qui affectent différentes personnes. On a mentionné plusieurs populations qui ne figurent pas dans les documents de la Commission, dont les suivantes : étudiants étrangers, aidants (p. ex., parents, frères et sœurs, autres), étrangers séjournant pendant des périodes prolongées au Canada, personnes aux besoins complexes, délinquants et personnes ayant un faible revenu.

Tout comme durant d'autres discussions, on a insisté sur le besoin d'accroître les fonds et les ressources, puisqu'il y a un besoin général de mettre en œuvre une approche holistique et systémique en matière de santé mentale, qui est un domaine d'intervention où les conséquences sont variées et concernent de multiples secteurs

Lorsqu'ils discutaient des priorités spécifiques du point de vue de leurs propres organisations, certains participants ont souligné l'importance du logement, particulièrement pour les jeunes à risque. Un participant a mentionné le succès du modèle du « foyer » dans le contexte duquel on crée des logements pour ces jeunes tout en leur offrant un continuum de services pertinents à proximité, et il a recommandé que ce modèle soit étendu à toute la province. D'autres ont souligné l'importance d'améliorer les démarches au sein des communautés rurales et le problème que présente la concentration des ressources dans les centres urbains. Une autre priorité faisant l'unanimité était le besoin d'offrir de meilleurs services en santé mentale aux personnes accusées d'infractions criminelles.

Un grand nombre de ces personnes, comme l'a fait observer un participant au nom de son groupe, ne bénéficient toujours pas d'un accès adéquat à des services, tandis que d'autres n'y ont pas accès avant leur incarcération, une situation qui, de l'avis des participants, doit être modifiée.

Les autres priorités cernées incluaient la réduction de la stigmatisation, un accès amélioré pour les populations des Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi que pour les adolescents, le besoin d'offrir plus de formation aux employés sur les soins de rétablissement et la défense des droits et l'attribution de ressources accrues en réponse à la violence conjugale. Dans le contexte de la réduction de la stigmatisation, l'opinion d'un groupe était qu'il faut utiliser des outils pédagogiques tels que la nouvelle formation offerte dans les collèges communautaires et offrir de la formation de sensibilisation dans tout le secteur afin de mieux équiper les intervenants à répondre aux besoins de groupes divers.

Parlant de la question de ce qui fonctionne actuellement, les participants convenaient que la participation accrue d'organisations communautaires au niveau local et de personnes possédant du vécu expérientiel était une amélioration. En outre, au Nouveau-Brunswick, on a constaté une collaboration interministérielle plus poussée, de même que la création de nouvelles relations qui rehaussent les discussions en cours portant sur la santé mentale et la prestation de services connexes. Ces discussions ont été renforcées, comme l'a souligné l'un des participants, par des changements apportés à la législation sur la protection des renseignements personnels, qui ont facilité le partage d'information pour les ministères.

Les participants estimaient également que l'on accorde aujourd'hui une plus grande importance aux groupes vulnérables, comme les jeunes, les membres des Premières nations, les Inuits, les Métis et les personnes âgées. La publication de lignes directrices sur la toxicomanie et la santé mentale, qui seront suivies sous peu de directives opérationnelles connexes, était également considérée comme une amélioration. Les participants ont aussi loué la nouvelle orientation adoptée dans les écoles du Nouveau-Brunswick favorisant une santé mentale positive, la résilience et la santé psychologique. Parmi les autres améliorations mentionnées, il y avait l'inclusion de praticiens du domaine de la santé mentale aux équipes de la santé familiale et la stratégie de lutte contre la pauvreté adoptée par la province.

Les participants ont également souligné certains autres éléments de l'approche du Nouveau Brunswick à l'égard de la santé mentale qui, selon eux, devraient être adoptés à l'échelle du Canada : approche axée sur le rétablissement; modèle innovateur et intégré de prestation de services; projet de bien-être mental des Premières nations qui a renforcé les capacités dans les réserves; augmentation du financement attribué aux campus postsecondaires en vue de l'expansion des services en santé mentale et l'octroi de bourses d'études dans le cadre des programmes Aide préscolaire; et mentorat par les pairs. Les participants ont loué également l'approche de collaboration du Nouveau-Brunswick, qui a eu pour effet d'institutionnaliser la tenue, aux deux semaines, de téléconférences entre les intervenants.



On a également souligné le besoin d'utiliser une terminologie qui met l'accent sur le bien être psychologique et sur la santé mentale plutôt que sur la maladie mentale, toujours dans le but de réduire la stigmatisation. Ces mesures donneraient également une plus vaste étendue aux efforts de sensibilisation aux questions liées à la santé mentale : pas tout le monde souffre d'une maladie mentale, mais le bien-être psychologique et la santé mentale sont pertinents pour tous, tout comme le sont la forme et la santé physiques

Pour ce qui touchait les secteurs où des améliorations s'imposent, une fois de plus, les participants ont insisté sur le besoin d'améliorer le financement dans toutes les sphères des services et leur prestation (les services en santé mentale ne reçoivent que 7 % des fonds totaux consacrés à la santé). Même si l'on était d'accord que les campagnes de réduction de la stigmatisation avaient connu du succès, les participants trouvaient qu'il restait beaucoup de travail à faire à l'échelon provincial et national. En particulier, comme l'a fait remarquer un participant, la terminologie dominante utilisée dans le contexte de la maladie mentale continue de qualifier celle-ci comme étant holistique plutôt que de résulter d'une condition spécifique et de ce point de vue, elle est très différente du langage que l'on utilise pour désigner les problèmes physiques et en discuter collectivement. Les participants ont suggéré que la Commission pourrait jouer un rôle de chef de file en coordonnant la diffusion de messages améliorés à cet égard et en réponse à d'autres aspects connexes des mesures de réduction de la stigmatisation. Un participant a également émis l'opinion que les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale devraient être considérés comme un tout, plutôt que séparément.

Rejoignant sur ce point les participants aux autres discussions régionales, les participants à Fredericton partageaient l'opinion qu'il est nécessaire d'adopter des normes d'accréditation nationales et qu'il est important de mettre l'accent sur le rétablissement (particulièrement dans la publicité), de s'entendre sur les messages et la terminologie et d'étendre la formation et l'éducation. Ils ont formulé plusieurs recommandations additionnelles concernant les changements systémiques à apporter à l'échelle nationale, notamment : allonger la période de couverture de l'assurance emploi; suspendre les intérêts prélevés sur les prêts aux étudiants lorsque la personne concernée est en congé de maladie à cause de problèmes de santé mentale; inclure, aux régimes d'assurance-médicaments, les médicaments servant à traiter les maladies mentales; et concevoir des outils accessibles et faciles à utiliser aux fins de dépistage précoce des maladies mentales.

De façon générale, on était d'accord sur l'idée qu'il faut agir davantage et discuter moins. Toutefois, les participants partageaient également l'opinion que la participation et les discussions futures doivent être plus inclusives et mettre davantage l'accent sur la formulation de propositions. Certains trouvaient que les consultations à ce jour ont été trop unilatérales et ont simplement servi à valider des initiatives et stratégies existantes, plutôt que de favoriser une réelle participation.

Halifax (Nouvelle-Écosse) – 12 mars 2015

Deux thèmes principaux ont été abordés lors des consultations à Halifax et correspondaient tous les deux aux grandes préoccupations examinées lors d'autres séances de consultation.

Le premier thème, crucial, est le besoin d'accroître le financement et les ressources. Les participants étaient fortement d'avis que les services offerts sont tout simplement insuffisants pour les personnes qui en ont besoin, particulièrement les populations vulnérables et rurales, et que les lacunes vont probablement être exacerbées par le succès des campagnes de lutte à la stigmatisation qui augmenteront la demande. Les participants aux discussions à Halifax ont été les seuls à faire le lien entre le manque de financement et la situation économique et politique actuelle, estimant qu'une certaine austérité touche les sphères d'activité qui ont une incidence sur la santé mentale comme le logement, les soins de santé, la justice, l'éducation et autres. Cette situation, combinée au financement insuffisant d'une année à l'autre dans le domaine de la santé mentale, a été identifiée comme un problème grave par de nombreux participants.

Dans le même ordre d'idées, le second thème a porté sur le besoin de recourir à une approche holistique à l'égard de la santé mentale. Cette approche reposerait sur une conscience accrue des déterminants sociaux sous-jacents et de l'interaction des forces complexes à multiples couches qui déterminent les résultats. Un des participants a exprimé sa profonde conviction que la sensibilisation aux déterminants sociaux devrait précéder toute discussion sur la manière de combler les besoins des populations particulières ou d'y répondre.

À propos des enjeux, des lacunes et des obstacles, les participants ont présenté plusieurs observations dignes de mention. Un participant a exprimé ses préoccupations par rapport au fait que l'attribution des fonds est principalement dirigée par les grands fournisseurs, qui tendent à avoir plus de poids pour déterminer les pratiques exemplaires. Un autre participant a suggéré que les pratiques fondées sur des données probantes sont trop dominantes dans l'ensemble et que les fournisseurs et les chercheurs en santé mentale devraient accorder plus d'attention aux pratiques prometteuses (c.-à-d. les pratiques ayant un potentiel démontré qui n'ont pas encore été soumises à des tests appropriés, ni mises à l'essai). Cela pourrait ouvrir la voie vers des pratiques plus à jour et plus efficaces. Les autres participants considéraient qu'un cadre d'évaluation amélioré devrait être mis en place pour connaître quelles sont les pratiques efficaces et lesquelles sont défaillantes ou qui produisent des résultats insatisfaisants.



Un participant a déclaré que la prévention précoce et l'éducation devraient être au cœur des principes de la Commission, et qu'il s'agit de la meilleure voie à suivre pour réaliser des changements systémiques. La prévention précoce combinée à des services de transition enrichis, aux dires des participants, devrait jeter les bases du soutien tout au long de la vie, allégeant ainsi le fardeau sur les traitements et les soins.

Comme ce fut le cas lors des autres séances de discussion, les participants ont précisé que le manque de services de transition efficaces, particulièrement en ce qui concerne la transition de l'enfance à l'âge adulte, constitue un écart. Par ailleurs, le besoin de planifier les changements démographiques à venir et d'y être mieux préparé a été soulevé. L'éducation et l'amélioration des appuis aux soins de santé primaires sont également considérées comme des domaines importants où il serait possible d'apporter des améliorations.

Outre l'accessibilité inadéquate en raison du manque de ressources, les participants estimaient qu'en général le public ne connaît pas les services existants, ni la manière d'y avoir accès. Un groupe de participants a désigné les nouvelles mères et les enfants comme une population vulnérable préoccupante, tout comme les personnes à faible revenu. Un autre groupe a suggéré que les détenus devraient être ajoutés à la liste des populations vulnérables. Un participant a suggéré d'élargir la définition de « fournisseurs de soins » à l'extérieur du cadre familial et d'y inclure les aidants professionnels.

Étant donné le manque chronique de fonds, un participant a mis l'accent sur le fait que les innovations en cyber santé mentale, entre autres, sont en pleine expansion et qu'elles pourraient aider à pallier les lacunes dans les services de première ligne.

Faisant le point sur les priorités à la fin des discussions, un participant était d'avis que le maintien du statu quo dans les niveaux de financements actuels était tout simplement une situation non viable et que l'augmentation du financement en santé mentale devrait être considérée comme un investissement.

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) – 5 mars 2015

Les grands thèmes abordés lors des consultations à Charlottetown correspondaient en grande partie aux thèmes examinés ailleurs. Les participants ont insisté, d'une part, sur le besoin d'améliorer l'accès aux services en santé mentale et, d'autre part, sur le besoin actuel évident d'accroître les ressources et le financement afin de répondre à la demande et d'élargir l'offre.

Alors que les obstacles sont particulièrement considérables pour les populations rurales et éloignées et pour les personnes atteintes de troubles concomitants, les participants ont souligné que les temps d'attente demeurent uniformément trop longs pour tous les groupes de patients. Comme lors des autres discussions, les participants ont aussi fait valoir que la stigmatisation persistante constitue un obstacle au dépistage et au traitement efficaces des problèmes de santé mentale. Dans le même ordre d'idées, les

participants s'entendaient pour dire qu'il est nécessaire de déployer des efforts à l'échelle nationale pour combattre la stigmatisation au moyen d'une stratégie de communication en diffusant des messages cohérents et assortis d'un financement soutenu. Les personnes âgées et les jeunes ont été désignés comme des populations prioritaires.

Les discussions ont aussi porté sur le thème référant au besoin d'améliorer l'échange des connaissances entre les intervenants en santé mentale, surtout à l'échelle nationale. Un tel processus pourrait permettre de regrouper l'information, d'en faire la synthèse et de la diffuser d'une manière unifiée afin que les provinces puissent se concentrer sur la mise en œuvre. Certains participants estimaient que l'échange des connaissances et la collaboration interprovinciale seraient renforcés et améliorés par la mise en place d'un système officiel d'accréditation, de normes et de lignes directrices opérationnelles.

Pour ce qui est de faire avancer les priorités, les participants ont réitéré le besoin de combattre la stigmatisation à l'échelle nationale, et ce, au moyen d'une approche coordonnée et centrée. Bien qu'il y ait eu consensus sur le besoin de nouvelles ressources, particulièrement pour les services de transition, certains participants croyaient qu'une plus grande part des ressources actuelles devrait être attribuée aux services de première ligne plutôt qu'aux salaires des équipes administratives, qui sont trop élevés. À leur avis, afin d'optimiser l'efficacité d'un nouveau financement national, ce dernier devrait être adapté aux besoins et aux imprévus propres à chaque région et municipalité (p. ex., les besoins en logement à l'Î.-P.-É. ne sont pas les mêmes qu'à Toronto ou à Montréal).

Une suggestion a été digne de mention, à savoir que les paiements de transfert aux provinces pour les soins de santé soient spécifiquement consacrés à la santé mentale et à la toxicomanie.



Les participants ont également mentionné le besoin d'intégrer officiellement la toxicomanie et la maladie mentale à l'échelle nationale, prenant exemple sur le modèle de l'Î.-P.-É. Pour ce faire, les participants ont suggéré que la Commission collabore avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) – 5 mars 2015

Bien qu'un grand nombre des thèmes généraux abordés lors des discussions à Terre-Neuve-et-Labrador aient été similaires aux thèmes des autres villes, les participants ont mis l'accent sur les particularités locales et porté une attention particulière aux détails pour faire des suggestions précises et déterminer les domaines concrets où des améliorations sont possibles.

Comme lors d'autres discussions, il y avait un consensus sur le besoin d'élargir les services et les programmes. Pour ce qui est des lacunes et des problèmes, les participants ont abordé le besoin de mieux intégrer et harmoniser la prestation de services en santé mentale en créant des continuums d'appuis verticaux et horizontaux auxquels des personnes de tous les âges pourraient avoir accès. Au chapitre des écarts, les participants ont identifié le manque de services de transition efficaces et l'incapacité du système de justice de prendre adéquatement en considération la santé mentale. Dans le même ordre d'idées, les participants ont discuté du besoin d'approfondir le travail précédent l'intervention, comme les aptitudes requises par la vie au quotidien et la formation sur la résilience. Il y avait également consensus sur le fait que l'accès aux services demeure un obstacle, qui est parfois exacerbé par le manque de connaissances sur les services offerts.

En outre, les participants ont souligné que le problème des diagnostics mixtes, c'est-à-dire que les personnes passent à travers les mailles du filet parce que leurs problèmes ne sont pas du ressort d'une entité unique du système, est une question émergente qui nécessite l'adoption d'une approche plus intégrée.

Par ailleurs, les participants ont parlé du besoin d'accroître la sensibilisation à l'égard des divers besoins des personnes et des communautés. Ils s'entendaient également pour dire que l'accès aux services de traduction et d'interprétation demeure restreint, tout comme la sensibilisation sur la diversité de manière générale, particulièrement pour les immigrants et les personnes malentendantes.

Comme autres enjeux, les participants ont mentionné le besoin d'améliorer non seulement le logement, mais aussi l'utilisation de la technologie pour joindre les communautés rurales et éloignées. Un participant a exprimé qu'il aimerait que les questions relatives à la santé mentale des hommes fassent l'objet d'une attention plus grande et plus ciblée.

Pour ce qui est des obstacles, les participants ont parlé des problèmes constants associés à la stigmatisation et à l'absence persistante d'une collaboration intersectorielle efficace entre les divers volets du système de santé (p. ex., entre la santé mentale et la médecine). Ils ont ajouté que le manque d'implication des familles et des personnes ayant un vécu, surtout celles ayant vécu la pauvreté, dans la prise de décisions touchant les institutions et les politiques constitue un obstacle.

Les discussions ont fait ressortir le fait que la demande croissante alourdit le fardeau logistique sur les services existants. Comme l'a précisé l'une des participantes, à elle seule, Terre-Neuve-et-Labrador doit faire face à 800 nouvelles personnes dirigées vers les services en santé mentale chaque mois et il demeure très difficile de jumeler chacune d'elles avec les fournisseurs de soins ou de services appropriés.

Faisant le point sur les priorités pour aller de l'avant, les participants s'entendaient sur le besoin urgent de logement plus sûr et abordable, surtout sur l'île de Terre-Neuve où les prix des logements sont en hausse. L'importance de la prévention précoce et de l'éducation, y compris chez les personnes qui n'ont pas encore d'enfant de même que l'intégration de la santé mentale dans les programmes scolaires, ont été désignées comme des priorités.

Certains participants ont suggéré de réduire le cloisonnement, non seulement par l'amélioration du partage des connaissances, mais aussi en améliorant la convivialité et l'accessibilité des outils offerts aux organisations communautaires dans le domaine de la santé mentale.



Les participants sont revenus sur le système de justice et la criminalisation des personnes atteintes de maladies mentales. Comme il a été précisé, 60 % des détenus dans les prisons de Terre-Neuve sont confrontés à au moins un problème associé à la santé mentale ou à la toxicomanie et 4 % d'entre eux ont reçu un diagnostic de maladie mentale grave. L'un des participants a fait valoir que le gouvernement du Canada doit prendre des mesures pour s'assurer que les personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale ne se retrouvent pas en prison.



Premières nations, Inuits, Métis, Nord et Territoires

Iqaluit (Nunavut) – 24 mars 2015

Même si la question des ressources fait surface dans toutes les conversations au sujet de la santé mentale du présent rapport, elle présentait un intérêt particulier pour les participants au dialogue du Nunavut. En raison des réalités géographiques et des défis du Nord :

Le Nunavut représente un bon cinquième de la masse continentale du Canada, compte vingt six communautés accessibles par avion et seulement 36 000 habitants éparpillés sur tout son territoire. Les participants ont convenu que ce sont des défis uniques, qui reflètent partiellement un taux de suicide élevé par rapport à ceux du reste du Canada (bien qu'il a nettement baissé, comme on l'a fait remarquer).

Le manque de ressources crée des pressions et des difficultés qui minent l'efficacité de tous les secteurs, comme l'ont révélé les contributions au cours du dialogue à Iqaluit. De plus, les participants ont dit que l'absence chronique de ressources et de progrès crée de la frustration, sape la confiance et exacerbe les problèmes mentaux et les maladies mentales. Les difficultés pour communiquer efficacement, même lorsqu'on a connu du succès, continuent de poser un défi unique.

Des participants ont noté que l'insuffisance de ressources entraîne des défis particuliers pour le secteur correctionnel du Nunavut. On a posé un diagnostic de trouble mental ou de maladie mentale pour 25 % des détenus et même s'il existe une stratégie en matière de maladie mentale dans le milieu correctionnel, sa mise en œuvre s'est révélée difficile. Les quatre établissements du territoire sont surpeuplés et l'itinérance des détenus récemment libérés est un problème aigu.

Les participants ont reconnu qu'il fallait accorder plus d'attention aux soins et à l'hébergement de transition, lorsque les détenus quittent les établissements, puisque bon nombre, comme on le faisait remarquer, sont tout simplement laissés dans la rue sans soutien. Entre autres possibilités, on a suggéré de créer un « tribunal du bien être » dans le Nord qui veillerait à garder, quand c'est possible, les personnes aux prises avec des problèmes mentaux ou des maladies mentales en dehors du système de justice pénale.



Certains participants ont déclaré que l'échec des politiques fédérales était une des causes de ces problèmes perpétuels. D'autres ont également laissé entendre que les gouvernements territoriaux continuent d'être sous représentés dans les conversations nationales, alors que ceux des provinces ont souvent des délégations beaucoup plus importantes. D'autres ont soulevé la stigmatisation associée au Nunavut et au Nord comme problème sous jacent.

Un autre thème portait sur la manière dont l'absence généralisée de ressources et de capacité avait touché le système d'éducation, comme le faisaient remarquer les participants, lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'argent pour servir les communautés dans leurs langues et leurs dialectes respectifs. Toutefois, il faut continuer de reconnaître l'importance de traiter des groupes autochtones différents en respectant leurs particularités plutôt que d'en faire un seul tout lorsqu'on formule une stratégie en matière de santé mentale. Les groupes inuits, par exemple, ont maintenant accès à leurs propres services de counseling en santé mentale, mais une partie de la terminologie laisse encore à désirer et pourrait même causer des stigmates. Ce problème a également été soulevé au sujet d'autres communautés autochtones. Les participants ont constamment insisté sur la nécessité d'aborder les différents groupes autochtones en tenant compte de leurs langues et de leurs traditions particulières.

Comme dans d'autres consultations, la nécessité d'intégrer la santé mentale dans le système d'éducation et dans les programmes de cours a constamment été évoquée durant la discussion. Un autre grand thème a été l'importance de la prévention et des stratégies axées sur la petite enfance, en mettant un accent particulier sur la toxicomanie comme volet de la santé mentale. Il y avait consensus pour dire que toute solution à long terme devait privilégier les jeunes. Certains ont souligné qu'une sensibilisation précoce à la toxicomanie, entre la 6e et la 10e année, aidera à réduire la stigmatisation et à prévenir ce fléau avant même qu'il ne se manifeste. Au cours de la conversation, les participants ont insisté sur le besoin d'intégrer davantage les jeunes aux discussions au lieu de miser exclusivement sur l'engagement des aînés.

Sur ce qui fonctionnait bien à l'heure actuelle, les membres du groupe ont convenu que tous étaient disposés à créer de nouveaux partenariats et que les groupes chargés de la qualité de vie partageaient efficacement leurs ressources. Ils ont également conclu que les ressources existantes au Nunavut étaient utilisées à bon escient, même si elles étaient relativement limitées.

Les participants se sont entendus pour dire que les deux plus importantes priorités devraient consister à faire du lobbying pour obtenir de nouvelles ressources et à investir de nouveaux capitaux. Toutes les nouvelles ressources devraient être investies dans les services de première ligne : un tribunal du bien être, de meilleurs établissements de traitement, plus de logements (les personnes qui ne peuvent pas être hébergées à l'hôpital le sont dans les prisons de la GRC) et une meilleure formation sur les aptitudes requises par la vie au quotidien. Tous les futurs besoins de financement doivent être comblés et provisionnés à long terme, d'une manière pratique et axée sur les résultats.

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) – 22 mai 2015

Comme dans les autres discussions territoriales, un des principaux thèmes de la consultation à Yellowknife portait sur les défis uniques que posait le contexte du Nord, où le manque de ressources pour répondre à la demande est exacerbé par des problèmes géographiques et logistiques.

Bien que l'insuffisance des ressources et des fonds disponibles pour la santé mentale ait été un des principaux thèmes de toutes les consultations, les participants à Yellowknife ont particulièrement souligné les conséquences de cette pénurie dans les Territoires. Pour citer un exemple avancé par un des participants, non seulement les temps d'attente demeurent pénibles, mais de nombreux patients doivent faire de longs voyages, jusqu'à des villes comme Edmonton, pour recevoir les soins dont ils ont besoin. À cause de l'éloignement des services, les suivis nécessaires ne se font souvent pas et les longs temps d'attente exacerbent parfois les problèmes mentaux ou les maladies mentales.

Les particularités culturelles du Nord et les défis additionnels qu'elles posent pour la prestation de services étaient un autre thème important des discussions à Yellowknife. Plusieurs participants ont fait remarquer que de nombreux documents éducatifs ne sont disponibles qu'en anglais et souvent seulement sur papier. Plusieurs d'entre eux ont proposé qu'ils soient présentés sous une forme plus simple et plus conviviale et offerts sur d'autres supports (p. ex. la vidéo).

La sensibilité aux réalités culturelles a aussi été soulevée comme aspect susceptible d'amélioration. Un participant a déclaré qu'il fallait s'efforcer davantage de déstigmatiser la terminologie entourant les problèmes mentaux et les maladies mentales si l'on veut inciter plus de gens à se prévaloir des services existants.

La discussion a révélé que les jeunes sont considérés comme particulièrement vulnérables, surtout lorsqu'il s'agit des services psychiatriques. Un participant a déclaré que bien des jeunes qui en ont besoin ne sont pas admis dans les établissements de santé si les bons membres du personnel ne sont pas là, en soulignant que, même à Yellowknife, qui est pourtant une plaque tournante des services, les services n'arrivent pas à répondre à la demande

Pour ce qui est de répondre aux besoins des communautés isolées, un participant a fait valoir le succès d'un effort local de rayonnement : des praticiens ont été déployés individuellement dans un certain nombre de petites communautés où ils ont travaillé directement avec la population locale, en tirant parti des connaissances et des atouts des habitants.

En réponse aux questions sur les priorités nationales, les participants ont fait plusieurs suggestions dignes de mention. Par exemple, l'un d'eux a soutenu qu'il faudrait élargir la portée de la Loi canadienne sur la santé enfin qu'elle englobe les soins psychologiques, auxquels de nombreux Canadiens qui en ont besoin n'ont pas accès. Plusieurs participants ont souligné la nécessité de consacrer davantage de fonds au logement ainsi que la nécessité d'une stratégie nationale du logement. Les participants semblaient également d'accord pour qu'on reconnaisse mieux les raisons fondamentales des problèmes de santé mentale des membres des Premières nations, les Inuits et les Métis et qu'on sensibilise davantage la population à leur histoire (un Aîné qui a pris la parole peu après le début de la discussion a dénoncé l'héritage des pensionnats indiens et leur responsabilité dans la création d'une grande partie des problèmes actuels).

Plusieurs participants estimaient qu'en raison non seulement d'un manque de ressources, mais aussi d'une démarche inappropriée, le système demeure trop axé sur les crises plutôt que sur l'ensemble du spectre de l'identification précoce, de la prévention et de l'éducation.

Whitehorse (Territoire du Yukon) – 22 mai 2015

Même si les participants ont eu de la difficulté à s'entendre sur laquelle des six orientations stratégiques leur organisation se concentrait le plus, ils ont convenu, comme dans les autres discussions, de la nécessité d'une démarche holistique de la santé mentale, du point de vue tant systémique que structurel.

Quant aux priorités de leur organisation, les conversations à la consultation de Whitehorse ressemblaient beaucoup à celles des autres consultations. Plusieurs participants ont cité l'importance d'améliorer la collaboration entre les organisations, plus particulièrement en améliorant la collecte de données, le recours à la technologie et le partage de l'information. Ils ont aussi mentionné comme priorités l'embauche et la formation de fournisseurs de soins de première ligne et d'autres travailleurs du domaine, tout comme la poursuite des efforts pour déstigmatiser la santé mentale et l'accroissement du volume des services disponibles. Au moins une organisation a mentionné l'accès à des logements abordables comme un important défi qu'il fallait relever. Une autre a réclamé de grands efforts tant nationaux que provinciaux pour prévenir le suicide.



Dans le cadre de cette consultation territoriale, les participants ont discuté de divers problèmes particulièrement liés aux défis spécifiques du Nord. Un groupe a noté le fait que d'importants services en santé mentale n'étaient pas offerts les fins de semaine. Les soins à domicile, le soutien accru aux aînés pour les garder dans leur propre communauté, la lutte contre la violence faite aux aînés et contre l'isolement dans les communautés éloignées ont aussi été déclarés prioritaires.

Les jeunes en milieu rural sont une population particulièrement vulnérable à laquelle il faut accorder plus d'attention. La nécessité de réduire les disparités entre les provinces et les territoires et, pour les organisations nationales, de s'y employer davantage qu'elles ne le font actuellement, ont été perçues comme des priorités primordiales.

Au sujet de ce qui fonctionne bien à l'heure actuelle, la grande majorité des participants estimaient que la sensibilisation à la santé mentale et aux problèmes connexes augmentait et que la stigmatisation diminuait. Ils reconnaissaient aussi que les efforts pour établir un lien entre la santé mentale et la consommation de substances intoxicantes portaient des fruits. Certains participants étaient d'avis que les efforts pour mieux s'occuper des personnes âgées réussissaient à améliorer leur situation.

Quant à ce qui ne fonctionne pas, selon eux, les participants ont souligné l'insuffisance des services en santé mentale actuellement offerts dans le système de justice pénale. En général, ils tendaient à dire que les services offerts dans presque toutes les régions du Yukon ne suffisaient pas à répondre à la demande, surtout à celle des populations à risque dans les régions rurales. L'importance des soins auto administrés, comme concept tant individuel que collectif dans le domaine de la santé mentale, a également été mentionnée comme aspect auquel il fallait accorder plus d'attention. La distribution des fonds, actuelle ou prospective, demeure un défi sur un territoire aussi étendu que le Yukon, dont la population est très diversifiée.

Les participants semblaient faire écho aux autres conversations dans le Nord et dans les autres territoires, à savoir qu'une collaboration plus concrète et plus efficace avec les Premières nations devra être un élément essentiel de toute future stratégie ou tout futur plan d'action en matière de santé mentale.

Premières nations – Winnipeg (Manitoba) – 25 mars 2015

Dans cette discussion, les représentants de la Commission ont rencontré une vaste gamme d'intervenants; bon nombre d'entre eux s'inquiètent de l'accès aux soins et aux services en santé mentale et à leur prestation adaptée aux Premières nations.

Compte tenu des besoins uniques des communautés des Premières nations, la discussion a largement porté sur les efforts visant à faire avancer les stratégies de collaboration et sur la relation entre le nouveau Plan d'action en matière de santé mentale et le *Cadre du continuum du mieux être mental des Premières nations* (le *Cadre*) qui existe déjà.

Un grand thème de la discussion a été la mesure dans laquelle les priorités et les objectifs en place des Premières nations et de la Commission s'harmonisent ou s'opposent. Les représentants ont convenu de l'importance du *Cadre* et du fait que sa mise en œuvre représente la prochaine étape vers l'avenir. Ils s'entendaient aussi sur la nécessité d'identifier des liens et des points communs entre le Plan d'action en matière de santé mentale et le *Cadre* comme moyen de promouvoir la collaboration.

Plusieurs participants ont souligné qu'il fallait qu'on tienne compte des Premières nations et de leurs besoins distincts dans le Plan d'action de la Commission, en faisant valoir qu'une démarche « fusionnelle » serait inappropriée et inefficace. Il faut traiter de manière distincte les besoins des Premières nations, des Inuits et des Métis; il faut également que la Commission établisse des partenariats différents avec chaque groupe. Les participants déploraient également que les priorités déclarées des intervenants des Premières nations ne soient pas intégrées au *Plan d'action* et que la Commission n'ait pas reconnu le *Cadre* avec suffisamment de conviction. L'existence de deux plans parallèles pour la mise en œuvre crée une concurrence pour obtenir les ressources et risque d'aboutir au cloisonnement. Une solution provisoire qui pourrait déboucher sur une plus grande coopération, comme l'un des participants de la Commission l'a fait remarquer, consisterait à trouver des priorités stratégiques complémentaires entre les différentes stratégies en matière de santé mentale. On a également mentionné la possibilité de s'inspirer de la terminologie du *Cadre* dans le *Plan d'action*.

Comme dans toutes les autres discussions, le problème du financement était extrêmement présent à Winnipeg. En plus de déplorer qu'on n'accorde pas suffisamment d'attention aux opinions des Autochtones en matière de santé mentale, plusieurs participants ont déclaré avoir l'impression que les groupes des Premières nations passaient au second plan lorsqu'il s'agissait d'affecter les fonds.

Ralliement national des Métis – 27 janvier 2015

Un thème dominant, relevé au début des conversations avec le Ralliement national des Métis, a été la manière d'allouer certaines ressources à des organisations travaillant à l'échelle pan autochtone plutôt qu'à des organisations spécifiquement de Métis.

Plusieurs participants ont posé des questions sur le rôle de la Commission et sur la nature pancanadienne de ses stratégies. On a fait remarquer, par exemple, que la Commission a conçu des adaptations de premiers soins en santé mentale avec des communautés inuites et avec d'autres communautés des Premières nations, mais qu'elle ne l'a pas encore fait pour les Métis. Certains participants estimaient que plusieurs autres cas reflétaient une mauvaise représentation du point de vue des Métis sur la santé mentale, par exemple que le fait que la Nation métisse de l'Ontario n'a pas de siège au Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et pour la lutte contre les dépendances.

Un problème particulièrement préoccupant pour le groupe lorsqu'il s'agit de financement, de données et de mise en œuvre était que les accords en matière de santé (ceux de la C.-B. ont été spécifiquement cités) s'appliquent presque exclusivement aux Premières nations vivant dans des réserves, mais pas aux Métis, ni aux Autochtones vivant en milieu urbain.

Une grande partie de la discussion a porté sur l'examen des initiatives et des programmes en matière de santé mentale à l'échelle pancanadienne, tant existants qu'émergents, à l'intention spécifique des Métis. Il s'agissait du lancement imminent de la première clinique de santé familiale pour Métis au Canada, située à Edmonton, du Groupe de travail de la Nation métisse de l'Ontario sur la violence faite aux femmes autochtones, du futur Sommet métis sur la santé mentale de la Nation métisse de l'Ontario, de même que de ses services communautaires de mieux-être, et enfin du Cadre de vie métis (Métis Life Framework) au Manitoba. En Saskatchewan, les ressources restent très limitées : une seule personne se consacre exclusivement à la santé mentale des Métis.

Quant aux priorités pour l'avenir, un participant voulait qu'on se consacre davantage sur le rétablissement. Un autre insistait sur l'importance de la prévention et soulignait que la Nation métisse de l'Ontario réclamait des investissements plus généreux dans ce volet de la santé mentale. Plusieurs participants ont déclaré qu'il fallait partager davantage l'information entre ceux qui s'intéressent à la santé mentale des Métis dans différentes régions du pays et peut être créer une base de données ou une plateforme pour pouvoir faciliter un tel partage.

Un participant estimait qu'il devait y avoir un plan d'action spécifique pour les Métis en matière de santé mentale; cette opinion semblait être un grand thème récurrent tout au long de la discussion. Comme dans toutes les consultations, les participants étaient fermement convaincus que leurs ressources étaient insuffisantes pour répondre à leurs grands besoins.



Les participants s'entendaient généralement pour dire que tous les peuples autochtones demeurent sous représentés en matière de financement et de mobilisation, mais que le phénomène est particulièrement criant pour les communautés métisses. La First Nations Health Authority, qui collabore avec le gouvernement fédéral, a élaboré son propre plan de santé mentale pour les Autochtones, mais elle l'a fait sans la contribution des communautés métisses visées par la Charte.

Comité national des Inuits sur la santé, Hopedale (Labrador) – 22 avril 2015

Les participants au Comité national des Inuits sur la santé étaient certains que leurs problèmes étaient souvent laissés pour compte et que le manque chronique de financement demeurait un grave problème.

Plusieurs d'entre eux ont qualifié de critiques les conditions actuelles de la santé mentale des Inuits, en donnant pour preuve les taux élevés de suicide. À leur avis, la réponse institutionnelle n'était pas adéquate et, même si les médias et d'autres sources ont manifesté de la sympathie à cet égard, bien peu de mesures concrètes ont été prises.

Des participants estimaient qu'une gouvernance inuite plus solide et une représentation plus dynamique des Inuits dans les organes décisionnels pourraient être des moyens d'améliorer les conditions entourant la santé mentale de leur communauté. Le caractère de cette représentation a également été discuté, certains soutenant que la Commission devrait permettre à Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), un organe national représentant les Inuits, de nommer un représentant à son conseil d'administration qui serait chargé spécifiquement de faire valoir le point de vue des Inuits à la table du conseil.

Sur la question de savoir ce qu'ils voudraient que la Commission priorise à l'avenir, les représentants ont très largement appuyé une stratégie nationale inuite axée sur la prévention du suicide. Toutefois, ils ont exprimé des réserves sur l'efficacité de qualifier des stratégies de mesures de « prévention du suicide », vraisemblablement, mais pas explicitement, en raison des problèmes de stigmatisation.

Même s'ils approuvent le contenu de la stratégie initiale de la Commission et qu'ils en respectent le travail, les participants ont dit qu'ils voulaient réfléchir plus longuement sur la manière dont la communauté inuite pourrait s'intégrer à la stratégie et jouer un rôle pour que sa réalité spécifique soit prise en compte dans la conversation à l'échelle nationale.

Famille de la Commission

Conseil consultatif de la Commission, Ottawa – 12 février 2015

Dans un premier aperçu des enjeux se rapportant à la santé mentale, un grand nombre des points importants étaient les mêmes que dans d'autres séances.

La stigmatisation, l'accès aux services, la santé mentale des enfants et des jeunes, les besoins complexes, la promotion de la santé mentale, l'intervention dès les premières années et la santé mentale maternelle et parentale, la santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis, les dépendances et les troubles concomitants ainsi que les enjeux liés à la santé mentale dans le cadre du système judiciaire ont tous été cernés comme des enjeux communs à l'échelle du pays.

Des lacunes ont également été mentionnées dans la prestation et la mise en œuvre des services, notamment le défaut de reconnaître ou de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé mentale et ses causes profondes; le lien entre la santé physique et la santé mentale, la reconnaissance des démarches communautaires partant de la base, les programmes de soutien par les pairs, les programmes de déjudiciarisation, des services culturellement compétents à l'intention des Premières nations, des Inuits et des Métis, les services destinés aux jeunes, les troubles concomitants et les services de traitement des dépendances.

Les diverses organisations représentées au sein du groupe ont affirmé qu'un accès amélioré aux services et au logement était une priorité pour elles, ainsi que l'amélioration de la littératie en matière de santé mentale dans l'ensemble de la population. La réduction des taux de suicide grâce à de nouveaux services dans les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis est également une priorité, tout comme l'élaboration de meilleurs mécanismes pour mesurer le rendement des systèmes gouvernementaux au moyen de bulletins. Certains participants ont mentionné des programmes et des services en santé mentale pour les jeunes et les mères, alors que d'autres souhaitaient aussi qu'on s'intéresse aux hommes d'âge mûr, compte tenu de leurs taux de suicide extrêmement élevés.

Certains étaient fermement convaincus que toutes les priorités devraient être reliées à des mesures concrètes plutôt qu'à la poursuite de la collecte de donnée ou de la recherche. Toutefois, quand on les a interrogés au sujet de leurs priorités au niveau national, d'autres étaient d'avis que le manque de données de qualité était un problème et estimaient qu'il était prioritaire de créer une base de



En général, les participants estimaient que l'accès aux services en santé mentale ne s'améliorait pas et qu'on avait en fait perdu du terrain en matière de financement. Ceci expliquant partiellement cela, il y a parallèlement des pénuries de logements abordables, de réseaux de soutien adéquat par les pairs et les mesures qui favorisent la santé et la sécurité psychologiques ne sont pas adéquatement mises en œuvre au niveau gouvernemental. Certains participants ont également souligné le manque de données, pourtant bien nécessaires, sur la prévention du suicide.

données unifiée sur la santé mentale. Plus précisément, un groupe a lancé l'idée de centres intégrés d'aide technique dans chaque province comme moyen d'appuyer la mise en œuvre d'interventions psychosociales sous la direction de la Commission. Comme lors d'autres consultations, les participants ont proposé que la littératie en matière de santé mentale soit intégrée aux programmes d'enseignement dans les écoles.

Conseil des jeunes de la Commission, Ottawa - 20 et 21 mars 2015

Même s'ils représentent un groupe démographique différent, les membres du Conseil des jeunes de la Commission partageaient un grand nombre des points de vue des personnes qui ont participé à d'autres consultations.

Comme ils l'ont fait remarquer, les délais d'attente continuent de poser problème ainsi que les transitions d'un système de santé mentale à un autre, à cause du manque de coordination entre les services et les secteurs. Les participants ont également mentionné le problème de la surreprésentation des personnes aux prises avec une maladie mentale dans le système judiciaire et ont souligné l'importance de reconnaître la relation entre la santé mentale et les dépendances.

Certains pensaient que les TSPT et d'autres problèmes découlant de traumatismes ne recevaient pas l'attention voulue. D'autres ont mentionné la disparité croissante dans les revenus et les répercussions qui s'ensuivent sur les plans de l'endettement des familles, de la sécurité alimentaire et d'une alimentation saine, comme phénomène important qu'il ne faut pas oublier aux prochaines étapes. Un groupe a mentionné le manque de participation des personnes ayant un vécu expérientiel ainsi que les défis incessants qui se posent lorsqu'il s'agit de recruter et de garder en poste un éventail suffisant de ressources humaines en santé mentale pour répondre adéquatement aux besoins de diverses communautés.

S'agissant des priorités qu'ils privilégiaient à l'échelle nationale, les membres du Conseil des jeunes étaient d'accord avec les participants d'autres séances sur la nécessité d'une démarche largement holistique, et ont indiqué un certain nombre de questions sur lesquelles se concentrer en particulier. À titre d'enjeu structurel de base, ils ont mentionné la nécessité d'améliorer le financement et de



Les participants ont parlé de la nécessité de soutenir les personnes et les organisations qui n'ont pas accès à des subventions ou qui ont besoin d'apprendre comment présenter des demandes de subvention. Un groupe a proposé l'idée de lancer un « bilan annuel de la santé mentale » semblable aux bilans annuels de la santé physique. D'autres ont mentionné l'importance d'un accès accru aux lignes directrices sur la santé mentale et d'outils permettant de s'y retrouver dans le système pour les offrir dans les écoles, les milieux de travail, les bureaux gouvernementaux et les hôpitaux.

renforcer les efforts pour l'obtenir. Comme d'autres, ils souhaitent voir des modèles d'intervention et de services qui tiennent compte des déterminants sociaux complexes de la santé mentale.

À propos du rôle de la Commission, certains participants sont d'avis qu'elle devrait faire fonction d'organisation subventionnaire dispensant des fonds pour la santé mentale à d'autres organisations.

Consultations auprès du personnel de la Commission, Ottawa et Calgary – Février et mars 2015

Comme les résultats des discussions avec les membres du personnel se ressemblaient étroitement, le compte rendu des trois rencontres auxquels le personnel de la Commission a participé à Ottawa (le 10 février et le 3 mars) et à Calgary (le 2 février) est réuni dans cette section. Il s'agit donc d'un sommaire intégré des trois rencontres réunissant les observations et les points de discussion qui sont ressortis des trois séances.

Au premier plan de toutes les discussions auxquelles ont participé les membres du personnel, on retrouve l'importance vitale des mesures de lutte contre la stigmatisation pour faire progresser la réalisation des buts de la Commission et enrichir la qualité des traitements en santé mentale et leur prestation à l'échelle du pays.

Les participants ont fait remarquer que la santé mentale n'est pas perçue de la même manière que la santé physique, ce qui complique considérablement la mobilisation en faveur de la santé mentale. Par conséquent, des services essentiels comme les soins à domicile ou l'équivalent pour les problèmes liés à la santé mentale manquent à l'heure actuelle.

Les participants se sont dits optimistes au sujet du recours croissant au soutien par les pairs et des utilisations qui sont faites des médias sociaux. Ils ont également mentionné l'efficacité des programmes actuels de formation et des activités d'éducation, de la recherche de solutions de rechange à la médication, des efforts systématiques de lutte contre la stigmatisation et de la sensibilisation croissante du public à la santé mentale comme autant de raisons pour faire preuve d'optimisme. Les programmes de priorité au logement, l'adoption de certaines normes en matière de santé mentale dans le milieu de travail, l'utilisation accrue de la cyber santé mentale comme outil de rayonnement et pour élargir la conversation, sont également des nouveautés qu'il conviendrait d'envisager favorablement.

Du point de vue des enjeux, des lacunes et des obstacles pressants, les participants ont mentionné les problèmes d'accès qui se posent constamment aux personnes aux prises avec la maladie mentale ainsi que la persistance de la stigmatisation et le manque de sensibilisation à la santé mentale dans certains domaines. Comme dans les autres séances, les participants ont souligné l'insuffisance des ressources, tant pour les organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale que pour les personnes et les familles qui ont besoin de traitement ou de services.

Les participants ont également parlé de l'absence générale de sensibilisation systémique à l'échelle du pays en matière de santé mentale qui, par conséquent, entraîne l'absence d'une démarche holistique tout au long de la vie lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux problèmes. D'autres ont fait remarquer qu'un grand nombre d'hôpitaux et de services d'urgence ne sont pas suffisamment spécialisés pour faire face aux crises de santé mentale et sont d'avis qu'il faut dispenser une meilleure formation si on veut régler ce problème. Les participants ont également convenu en général qu'il faut davantage de volonté politique dans un certain nombre de dossiers concernant la santé mentale. Une autre lacune qui a été mentionnée est l'absence manifeste d'efforts en faveur de la santé mentale en milieu de travail dans certaines petites entreprises et microentreprises, qu'il est peut être plus difficile de rejoindre par des activités de rayonnement.

D'autres propositions plus précises ont été avancées, notamment celles ci, parmi d'autres : du soutien par les pairs dans tous les groupes d'âge; des moyens de lutter contre l'isolement; la mobilisation des leaders pour que la santé mentale et la santé physique demeurent sur un pied d'égalité; une meilleure utilisation de la cyber santé mentale; des méthodes normalisées de collecte de données; une formation prescrite par le gouvernement en matière de maladie mentale; la centralisation des connaissances et de l'information dans une base de données nationale; veiller à ce que les institutions dans tous les secteurs de la société soient outillées pour faire face aux problèmes de santé mentale à long terme et mettre en place une formation intégrée pour les gestionnaires, les enseignants et d'autres intervenants; une meilleure promotion des soins auto administrés; et la participation accrue des familles et des personnes ayant un vécu expérientiel à la prise de décision.

En ce qui concerne le rôle de la Commission, les participants ont amplement célébré ses réalisations qui ont eu un effet catalyseur. Les efforts engagés jusqu'à maintenant ont favorisé la collaboration, le décloisonnement, la lutte contre la stigmatisation et ils ont contribué à la collecte de l'information, à la création de nouveaux partenariats et à l'enrichissement des partenariats existants, à réunir les organisations ayant des intérêts divergents et à forger des liens plus solides avec le gouvernement. Toutefois, certains participants des rencontres du personnel souhaitent qu'à l'avenir, la Commission joue un rôle plus centré sur l'activisme et sur l'action.



Lorsqu'il est question de l'établissement de priorités nationales, les participants ont mis en lumière la nécessité d'élargir l'accès aux services et de mettre davantage l'accent sur les jeunes et d'autres populations à risque, notamment en intégrant la santé mentale dans les programmes d'enseignement des écoles (priorité qui est revenue dans diverses autres consultations). Un autre besoin a également été reconnu collectivement, celui d'une démarche systémique holistique multisectorielle pour aborder la santé mentale.

Annexe A

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

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



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210
Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755
Télec. : 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [▶/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in/Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)