

ENSEMBLE, NOUS ACCÉLÉRONS LE CHANGEMENT

RAPPORT ANNUEL
2011-2012



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

ENSEMBLE, NOUS
ACCÉLÉRONS
LE CHANGEMENT





AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE CANADIEN REPRÉSENTE UN TRAVAIL DE LONGUE HALEINE QUI REQUIERT L'APPORT DE NOMBREUSES PERSONNES ET ORGANISATIONS. LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA COLLABORE AVEC DES PERSONNES ET DES ORGANISMES DE TOUTES LES RÉGIONS DU PAYS. ENSEMBLE, NOUS ACCÉLÉRONS LE CHANGEMENT POUR QUE TOUS LES CANADIENS AIENT UN MEILLEUR SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE.



TABLE DES MATIÈRES

Message du président du conseil d'administration et
de la présidente et directrice générale

5

Album photos -

Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada

7

INITIATIVES

Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada	12
Changer les mentalités	17
Chez soi	23
Album photos - Visons juste	28
Centre d'échange des connaissances	38
Premiers Soins en Santé Mentale	44
Partenaires pour la santé mentale	48

COMITÉS CONSULTATIFS

Enfants et jeunes	54
Aidants membres de la famille	57
Premières nations, Inuits et Métis	58
Santé mentale et loi	59
Sciences	62
Aînés	63
Systèmes de prestation de services	69

Direction et gouvernance 71

États financiers 74

Coordonnées 86

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

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE ET DIRECTRICE GÉNÉRALE

Les progrès accomplis au cours de l'année écoulée ont été considérables en ce qui concerne la transformation du système de santé mentale. Ils laissent aussi entrevoir des perspectives encourageantes pour les années à venir.

Tous admettent que pour améliorer le système de santé mentale au Canada, il faut en premier lieu que les Canadiens puissent parler ouvertement de santé mentale et que la poursuite d'un changement véritable les intéresse. Récemment, la population, les gouvernements, les entreprises et d'autres encore ont exprimé un intérêt sans précédent à l'égard de la santé mentale. Partout, on discute et l'on veut en connaître davantage. Mais surtout, on veut passer à l'action. On veut bâtir un avenir meilleur pour tous les Canadiens.

Cette année, la Commission de la santé mentale du Canada a fourni un plan pour y parvenir.



Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada est le tout premier plan du genre à voir le jour au Canada. C'est aussi le fruit du travail le plus important de la Commission jusqu'à présent. Il représente une occasion que nous ne pouvons nous permettre de laisser passer.

Il vise à promouvoir le bien-être mental, à prévenir le plus possible les problèmes de santé mentale et le suicide et à améliorer toutes les composantes du système de santé mentale.

Nous avons procédé au lancement de la stratégie le 8 mai 2012. Parce qu'elle ouvre la voie à de grandes possibilités et parce qu'elle est le pilier sur lequel s'appuieront la plupart de nos travaux à venir, nous avons voulu y accorder une place importante dans ce rapport annuel.

Le point de vue de milliers de Canadiens a servi à forger cette stratégie qui représente la meilleure occasion que nous ayons eue jusqu'à présent d'améliorer les résultats en santé mentale pour tous les Canadiens.

En la consultant, on comprend à quel point les autres travaux de la Commission sont en lien avec ses recommandations.

Cette année par exemple, *Changer les mentalités*, notre initiative de lutte à la stigmatisation, a travaillé à la mise en œuvre de programmes efficaces pour réduire la discrimination dans des communautés du Canada.

Chez Soi, notre projet de recherche sur l'itinérance et la santé mentale, a publié une deuxième série de rapports préliminaires annonciateurs de nombreux succès. Ces rapports ont aussi relevé diverses situations problématiques auxquelles les équipes de recherche tentent de trouver des solutions pour s'assurer de mieux aider les milliers de Canadiens ayant des troubles mentaux qui vivent dans la rue.

Le Centre d'échange des connaissances a élaboré un projet pancanadien sur les services de première ligne et mis sur pied un centre de formation pour les individus qui souhaitent partager des connaissances plus efficacement sur la santé mentale et accélérer les changements nécessaires. Il a aussi institué un programme qui met en valeur des initiatives de partout au pays qui réalisent des progrès importants en matière d'échange de connaissances.

Premiers Soins en Santé Mentale a franchi une autre étape importante avec la formation de plus de 50 000 Canadiens maintenant en mesure de détecter les premiers signes d'un problème de santé mentale urgent et d'apporter une aide immédiate.

Partenaires pour la santé mentale a procédé au lancement de sa campagne inaugurale, *Je ne me reconnais pas*, avec le soutien de milliers de Canadiens et de centaines d'organismes.

Enfin, nos huit comités consultatifs ont élargi nos connaissances sur divers aspects problématiques de la santé mentale et nous ont conseillé sur les moyens les plus adéquats d'y pallier.

Nous sommes reconnaissants envers les personnes ayant un vécu de la maladie mentale, leurs proches et la grande communauté des partenaires de partout au pays pour leur contribution et leur soutien à l'égard de la stratégie et pour tout le travail qu'ils ont accompli.

Nous remercions sincèrement le personnel de la Commission pour son travail ardu et son engagement sans faille ainsi que les membres des comités consultatifs pour leur expertise et leur dévouement exemplaire.

Nos remerciements vont aussi au conseil d'administration qui soutient la Commission et offre des conseils stratégiques. Au moment où nous rédigeons cette lettre, le conseil d'administration accueille un nouveau président, David Goldbloom, M.D., qui mettra à profit ses compétences de dirigeant et ses connaissances exceptionnelles.

Le dévoilement de la stratégie marque un moment historique pour la transformation du système de santé mentale. Il définit aussi l'orientation des travaux de la Commission dans les années

Photos : Jake Wright



à venir. Nous avons tous un rôle à jouer dans la mise en œuvre des recommandations de la stratégie. La Commission fera sa part pour qu'elle rejoigne le plus de personnes, de groupes et de gouvernements possible et pour favoriser la mise en œuvre de ses recommandations afin de susciter de véritables changements dans la vie des Canadiens.

Ensemble, nous accélérerons les changements qui redéfiniront les services de santé mentale au Canada. Nous vous remercions de votre intérêt et de votre soutien et nous vous invitons à continuer à cheminer avec nous pour que chaque Canadien puisse jouir du meilleur état de santé mentale possible.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael Kirby".

Michael Kirby
Président du conseil
d'administration

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Louise Bradley".

Louise Bradley
Présidente et directrice générale

UN MOMENT HISTORIQUE POUR LA SANTÉ MENTALE

Le 8 mai 2012, la Commission de la santé mentale du Canada a dévoilé la toute première stratégie destinée à améliorer la santé mentale de tous les Canadiens.

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada constitue un plan complet pour promouvoir la santé mentale et le bien-être de tous les Canadiens et pour améliorer le système de santé mentale dans son ensemble.



(gauche à droite) David Goldbloom, M.D., président du conseil d'administration de la Commission, Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission, l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la santé, Michael Kirby, président du conseil d'administration de Partenaires pour la santé mentale et président sortant du conseil d'administration de la Commission, Valerie Pringle, journaliste et animatrice du lancement, Shana Calixte, directrice générale de Northern Initiative for Social Action et Florence Budden, présidente du conseil d'administration de la Société canadienne de la schizophrénie

Photos: Jake Wright

Plus de 250 partenaires ont assisté à cet événement qui a eu lieu à Ottawa. Des centaines de personnes ont assisté à sa diffusion sur le Web.

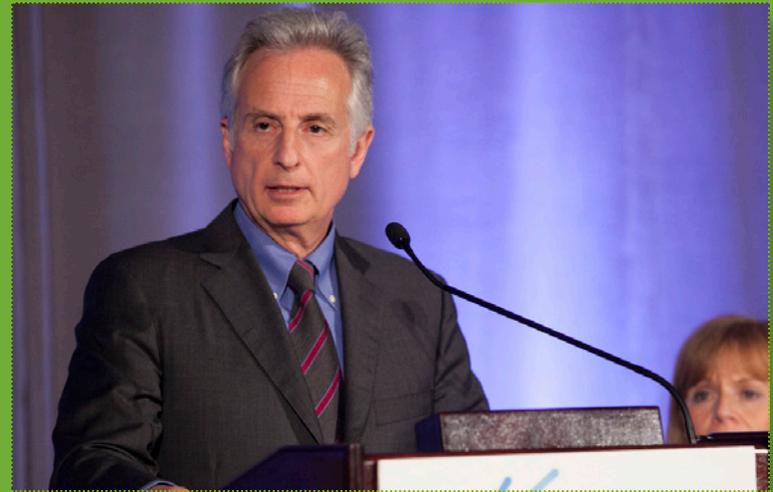
Pour télécharger la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, visionner des vidéos du lancement ou savoir comment mettre le plan en œuvre, consultez le site web de la stratégie (<http://strategie.commissionsantementale.ca>).



Valerie Pringle



Howard Chodos, Ph. D., co-auteur de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, s'adresse à des journalistes



David Goldbloom



Louise Bradley



(gauche à droite) Leona Aglukkaq, Louise Bradley, Shana Calixte et Florence Budden



Leona Aglukkaq (à gauche) et Louise Bradley



Shana Calixte



Des partenaires se sont réunis à Ottawa à l'occasion du dévoilement de la toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada



L'honorable Wilbert Keon, O.C., coprésident du comité sénatorial permanent qui a produit le rapport phare sur la santé mentale *De l'ombre à la lumière*



Leona Aglukkaq



(gauche à droite) Michael Kirby, Valerie Pringle, Leona Aglukkaq et Louise Bradley



(gauche à droite) Lisa Crawley-Beames, présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, Don Wildfong, infirmier-conseiller aux politiques et leadership à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fred Phelps, directeur général de l'Association canadienne des travailleurs sociaux



(gauche à droite) Lawrence Green, directeur financier de la Commission de la santé mentale du Canada, James A. Morrisey, membre sortant du conseil d'administration de la Commission de la santé mentale du Canada, George Weber, président-directeur général du centre de santé mentale Le Royal d'Ottawa et Rachel Bard, présidente-directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada



(gauche à droite) Kelly Masotti, responsable des affaires publiques à l'Association des psychiatres du Canada, Francine Knoops, de la Commission de la santé mentale du Canada et Fiona MacGregor, M.D., présidente en 2011-2012 de l'Association des psychiatres du Canada



Des partenaires se sont réunis à Ottawa à l'occasion du dévoilement de la toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada

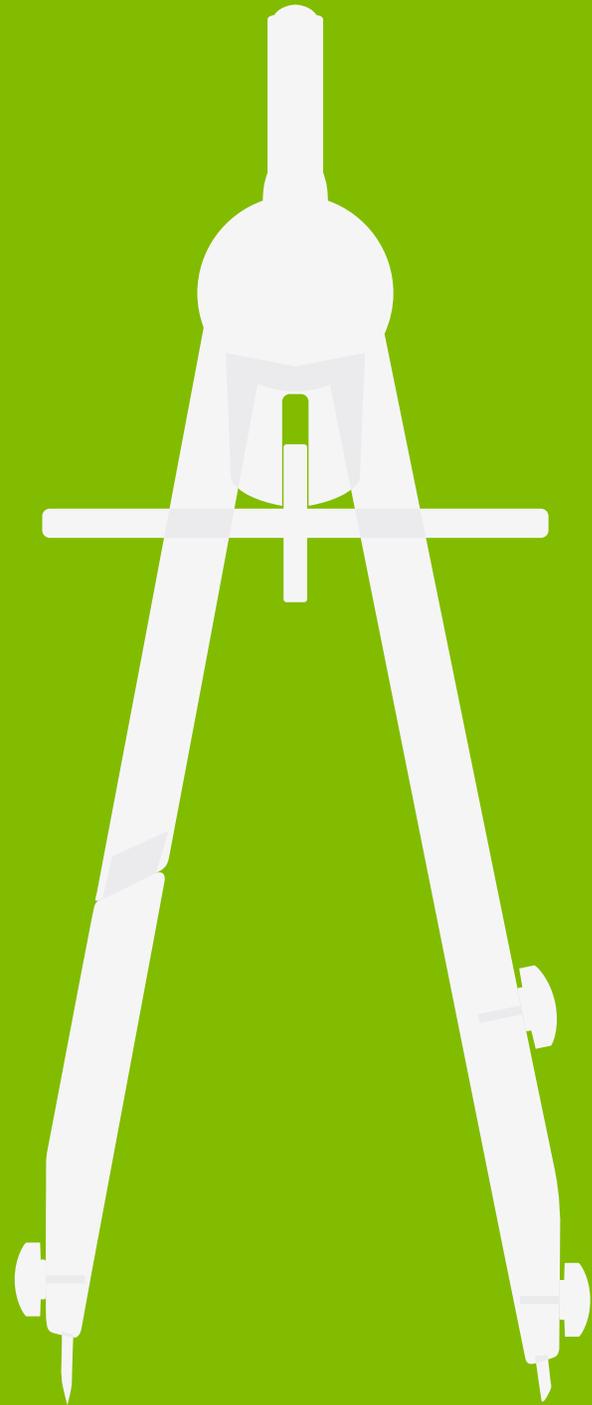


Florence Budden



Michael Kirby

STRATÉGIE
EN MATIÈRE
DE SANTÉ
MENTALE
POUR LE
CANADA





NOUS DEVONS FAIRE MIEUX EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE. CELA NOUS CONCERNE TOUS. À LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, NOUS TRAVAILLONS DE CONCERT AVEC DES CITOYENS ET DES ORGANISMES DE TOUTES LES RÉGIONS DU PAYS. ENSEMBLE, NOUS ACCÉLÉRONS LE CHANGEMENT.

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

POURQUOI SE DOTER D'UNE STRATÉGIE?

Le Canada devait se munir d'un plan pour améliorer son système de santé mentale. La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada a pour but d'améliorer la santé mentale et le bien-être de toute la population et de créer un système de santé mentale qui répond véritablement aux besoins de personnes de tous les âges aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale et de leurs proches. Cette stratégie s'inspire du point de vue de milliers de Canadiens. Les six orientations stratégiques qu'elle propose sont assorties de plus de cent recommandations d'action.

LE DÉVOILEMENT EN MAI 2012 DE **CHANGER LES ORIENTATIONS, CHANGER DES VIES : STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA** A ÉTÉ FORT BIEN ACCUEILLI PAR LE MILIEU DE LA SANTÉ MENTALE ET A SUSCITÉ UNE ATTENTION CONSIDÉRABLE DANS LES MÉDIAS. LA STRATÉGIE ENCOURAGE LES PARTENAIRES DU MILIEU DE LA SANTÉ MENTALE À UNIR LEURS EFFORTS POUR STIMULER LE CHANGEMENT.

L'équipe chargée de rédiger la toute première stratégie pancanadienne en matière de santé mentale a achevé la version préliminaire en 2011-2012. Elle a ensuite réuni des groupes de discussion à l'été 2011 et a revu en profondeur son ébauche en fonction des commentaires reçus. À l'automne, l'équipe a sollicité l'opinion d'organismes autochtones avant de formuler des recommandations à propos de la santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis. En parallèle, elle a examiné les observations de ses comités consultatifs et d'autres partenaires, dont le groupe de référence provincial et territorial, mis sur pied afin que les représentants des

gouvernements puissent passer en revue la stratégie et offrir des conseils stratégiques. Le conseil d'administration de la Commission a entériné la version définitive de la stratégie à la fin de mars 2012.

La stratégie tire parti des nombreuses et excellentes initiatives en cours au pays et elle s'appuie sur les constatations des initiatives et projets entrepris par la Commission depuis sa création. Elle tient compte des préoccupations et des aspirations de personnes des quatre coins du pays. La stratégie s'adapte aux particularités des régions et elle offre la possibilité à tous les citoyens de participer au changement.



* L'équipe responsable de la stratégie réunie à l'occasion du dévoilement le 8 mai 2012, à Ottawa. (Gauche à droite) Susan Hardie, Ph. D., avec son chien Solas, Barbara Neuwelt, Howard Chodos, Ph. D., Donna Lyons, Mary Bartram, Louise Lapierre et Francine Knoops. Absente de la photo : Sarah Gosling.

Jake Wright

« En participant à l'élaboration de la stratégie, j'ai compris que je pouvais soit attendre que quelque chose se passe, soit agir à titre de proche aidante. Depuis, je suis beaucoup plus proactive. Je fais partie d'un comité qui fait des pressions. Je travaille pour divers organismes. J'essaie d'améliorer le monde à ma façon. »

Louise Boulter, proche aidante membre d'un groupe de discussion sur l'ébauche de la stratégie

Les recommandations que renferme la stratégie sont regroupées en six grandes orientations stratégiques :

1. Promouvoir la santé mentale tout au long de la vie à la maison, en milieu scolaire ou au travail et prévenir le plus possible les maladies mentales et le suicide.
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.
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.
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.
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.
6. Mobiliser le leadership, améliorer les connaissances et favoriser la collaboration à tous les niveaux.

LA VOIE DE LA RÉUSSITE

Établir un plan, aussi judicieux soit-il, n'est jamais suffisant en soi. La mise en œuvre des recommandations de la stratégie s'échelonne sans doute sur une longue période et seuls une volonté et un leadership indéfectibles en garantiront la réussite. Il faudra évaluer l'influence de la stratégie avec le temps et examiner en profondeur l'état de la situation après cinq ans pour déterminer les progrès accomplis.

Pour y arriver, la stratégie propose un premier ensemble d'indicateurs et préconise l'établissement d'un plan à long terme dans l'optique de renforcer la capacité du pays à mesurer la santé mentale et le bien-être de sa population.

La stratégie est accompagnée d'un document (<http://goo.gl/VXHK7>) qui explique pourquoi investir dans les services de santé mentale est avisé sur le plan financier. Ses arguments s'appuient sur une vaste étude commandée par la Commission qui sera rendue publique plus tard en 2012.

Pour assurer le succès du dévoilement de la stratégie, l'équipe a travaillé avec un comité interne de la Commission pour élaborer un plan qui prévoyait, entre autres, des séances d'information à l'intention des gouvernements, des partenaires clés et des médias.



Pour présenter sa stratégie, la Commission a créé un site Web (<http://goo.gl/KFU5Q>) où l'on peut télécharger le document, visionner des extraits vidéo, écouter ce que des partenaires ont à dire à propos du plan et connaître les possibilités de contribuer à la mise en œuvre de la stratégie.

PROMOUVOIR LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

Changer les orientations, changer des vies offre la possibilité à tous de contribuer au changement dans la mesure de leurs moyens. Il incombera aux citoyens de chaque région et aux divers paliers de gouvernement de donner suite aux recommandations de la stratégie en fonction de leur situation particulière. Aucun organisme ni organe gouvernemental n'est chargé de mettre la stratégie en œuvre. Son implantation repose donc sur la coordination des efforts déployés par tous les paliers de gouvernement, partenaires, personnes ayant un vécu de la maladie mentale, familles et autres acteurs afin d'instaurer les changements préconisés.

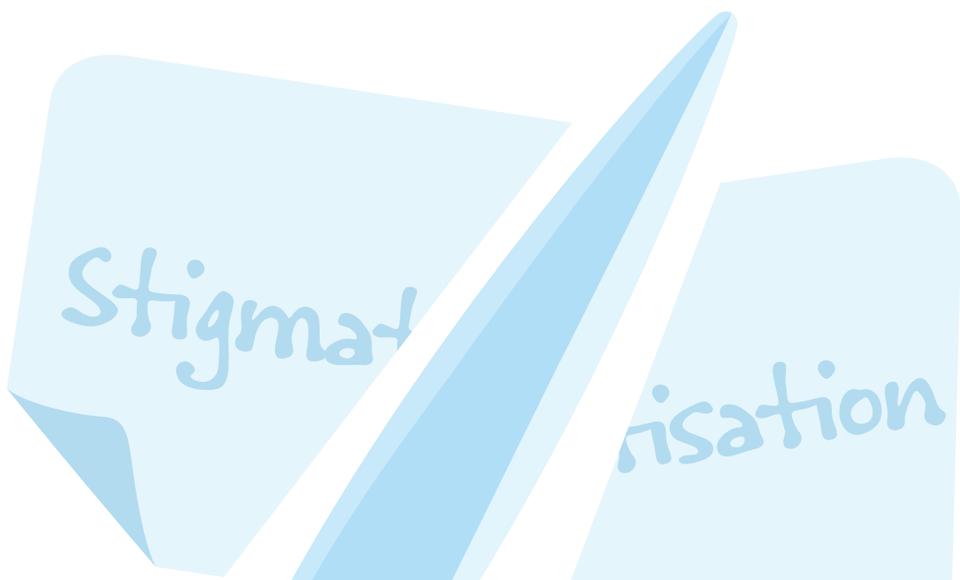
Depuis le lancement qui a eu lieu le 8 mai dernier, la Commission, qui agit comme moteur du changement, a entrepris une tournée dans chaque province et chaque territoire pour présenter la stratégie, informer les partenaires et stimuler un dialogue avec les juridictions et les secteurs sur la mise en œuvre de la stratégie.

En même temps que la Commission élaborait sa stratégie, plusieurs provinces et territoires, ainsi que des ministères et des agences du gouvernement fédéral, mettaient sur pied des plans et des stratégies de leur cru dont les thèmes et les priorités correspondent à ceux de la stratégie.

La Commission a également collaboré à la conception de stratégies provinciales en matière de santé mentale en offrant des conseils stratégiques et l'opinion d'experts. Il est encourageant de constater que des provinces ont, dans leur récent budget, alloué des ressources à la mise en œuvre de leurs nouveaux plans.

CHANGER
LES
MENTALITÉS



A graphic featuring two light blue, torn-edge paper scraps. The left scrap has the word 'Stigmat' written in a light blue, handwritten-style font. The right scrap has 'isation' written in the same style. A large, light blue, stylized arrow or ribbon shape points from the top left towards the bottom right, passing behind the paper scraps.

CHANGER LES MENTALITÉS



LES ÉTIQUETTES, C'EST BON POUR LES CONTENANTS ET LES DOSSIERS, PAS POUR CEUX QUI ONT UN TROUBLE MENTAL OU UNE MALADIE MENTALE. LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA S'EMPLOIE À FAIRE DISPARAÎTRE LA STIGMATISATION DONT SONT VICTIMES DES PERSONNES. CHANGER NOTRE PERCEPTION DE LA MALADIE MENTALE : IL FAUT COLLER À L'IDÉE!

POURQUOI COMBATTRE LA STIGMATISATION?

Par crainte de la stigmatisation que suscitent les troubles mentaux et les maladies mentales, de nombreux Canadiens renoncent à demander de l'aide.

Changer les mentalités, l'initiative de lutte à la stigmatisation de la Commission, a pour but de changer l'attitude et le comportement de la population canadienne à l'égard des personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale. Dans l'exécution de son mandat, elle évalue des douzaines de programmes de lutte à la stigmatisation en vigueur au pays et, en collaboration avec un réseau de partenaires, elle fait connaître les programmes les plus efficaces aux collectivités à des partenaires de partout au pays.

CHANGER LES MENTALITÉS COLLABORE AVEC DES PARTENAIRES DE PARTOUT AU PAYS DANS LE BUT D'AMÉLIORER LEURS PRATIQUES ET LEURS PROGRAMMES DE LUTTE À LA STIGMATISATION.



ÉRADIQUER LA STIGMATISATION GRÂCE À DES PROGRAMMES EFFICACES

Cette année, l'initiative a poursuivi ses activités d'évaluation afin de cerner les projets canadiens (<http://goo.gl/tPyWz>) efficaces dans la lutte à la stigmatisation et de faciliter leur diffusion et leur adoption ailleurs au pays. L'initiative s'inspire des résultats de ces évaluations pour aider l'ensemble de ses partenaires à améliorer leurs programmes.

Les programmes évalués ciblent quatre groupes : les jeunes, la main d'œuvre, les pourvoyeurs de services de santé et les médias. Seuls sont considérés les programmes qui comportent un volet d'éducation par le contact, c'est-à-dire des programmes où les participants sont en contact avec une personne ayant un trouble de santé mentale ou une maladie mentale. Cette forme d'éducation est réputée à l'échelle internationale pour son efficacité dans l'éradication de la stigmatisation.

ÉRADIQUER LA STIGMATISATION CHEZ LES JEUNES

L'un des programmes que *Changer les mentalités* a jugés efficaces pour combattre la stigmatisation chez les jeunes est mené à Durham par la coalition ontarienne TAMI (*Talking about Mental Illness*). En février 2012, *Changer les mentalités* a collaboré avec la coalition pour implanter *Talking about Mental Illness* (« Parlons de la maladie mentale ») à Yellowknife à l'intention de tous les élèves de 8^e année. Il est maintenant question d'adapter ce programme à l'ensemble des territoires nordiques du Canada.

DÉTECTER LA STIGMATISATION PAR L'ÉVALUATION DES ATTITUDES

En partenariat avec l'Association des psychiatres du Canada, *Changer les mentalités* a mis au point un bref questionnaire diffusé en ligne à l'intention des médecins qui détermine s'ils ont des préjugés à l'endroit des personnes atteintes d'une maladie mentale. Les résultats révèlent que les attitudes de stigmatisation sont plus répandues que ne l'estiment les médecins eux-mêmes. On espère que ces résultats les inciteront à s'inscrire à la formation en ligne sur l'éradication de la stigmatisation (voir ci-après).

* Rivian Weinerman, M.D., (à droite) de la Colombie-Britannique, anime un atelier d'une journée sur la lutte à la stigmatisation à l'intention de médecins participant au congrès annuel des médecins de famille à Montréal. L'évaluation de l'atelier effectuée par *Changer les mentalités* a démontré qu'il se révèle efficace pour combattre les préjugés chez les médecins.

Amanda Tétrault

« Les citoyens canadiens profitent grandement de ce que font Changer les mentalités et la Commission de la santé mentale du Canada. »

Patrick Corrigan, Ph. D., expert de renommée mondiale sur la stigmatisation, institut de psychologie de l'Illinois Institute of Technology

Un test semblable a été conçu pour les dirigeants ainsi que le personnel des ressources humaines. Il peut être utilisé aussi par les autres employés.

ÉRADIQUER LA STIGMATISATION CHEZ LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ

Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale jugent que la stigmatisation la plus dévastatrice provient parfois de pourvoyeurs de services de santé.

La Commission et des partenaires proposent un module de formation médicale continue (<http://goo.gl/Umqe7>) (en anglais pour le moment) aux médecins de famille et aux médecins spécialistes afin qu'ils connaissent mieux ce phénomène de la stigmatisation à l'égard des personnes aux prises avec une maladie mentale et qu'ils soient en mesure de la combattre.

Cette formation est l'œuvre de l'initiative Changer les mentalités, de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, de l'Association médicale canadienne, de l'université Memorial, de Bell, du Centre hospitalier régional de North Bay, de l'Association des psychiatres du Canada et d'AstraZeneca Canada.

Aboutissement d'années de recherche, le module de formation médicale continue s'inspire notamment d'un programme prometteur destiné aux médecins de famille

de la Colombie-Britannique, qui est évalué présentement par Changer les mentalités. Outre le volet d'éducation par le contact direct qui a pour but de sensibiliser les médecins aux besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, le programme comporte des outils et des ressources grâce auxquels les médecins peuvent gagner en assurance et éliminer les attitudes négatives dans leurs interactions avec ces patients.

Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont agréé ce programme.

FAVORISER L'ÉRADICATION DE LA STIGMATISATION CHEZ LES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE

Les universités de la Saskatchewan, Dalhousie et Memorial ont recours à la même méthode d'éducation par le contact direct pour éliminer la stigmatisation chez les étudiants en pharmacie. Elles se sont alliées à l'initiative Changer les mentalités pour évaluer leur démarche. Les résultats indiquent que les étudiants se sentent plus à l'aise dans leurs échanges avec des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale après avoir suivi la formation. Changer les mentalités espère instaurer ce programme dans d'autres facultés de pharmacie en collaboration avec des partenaires.

COUVERTURE MÉDIATIQUE DE LA MALADIE MENTALE

Le projet de recherche sur la couverture médiatique de la maladie mentale et sur la perpétuation des stéréotypes défavorables s'est poursuivi cette année.

Changer les mentalités a amorcé une étude de surveillance des médias. Dans le cadre de ce projet, des chercheurs de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas/Université McGill ont compilé et analysé plus de 11 000 reportages diffusés entre 2005 et 2012.

Ces reportages ont paru en langue française ou anglaise dans des journaux, à la radio, à la télévision ou sur Internet.

Les constatations de l'étude éclaireront notre façon de nous adresser aux médias à propos de sujets liés à la santé mentale ainsi que l'élaboration de lignes directrices sur la couverture médiatique de ces sujets.

Robert Whitley, Ph. D., chercheur principal de l'étude sur les médias, figurait parmi les experts qui ont animé un café scientifique (<http://goo.gl/MzCPh>) des Instituts de recherche en santé du Canada sur les reportages ayant trait à la santé mentale et à la maladie mentale diffusés au Canada. Cet événement a eu lieu à Montréal en novembre. Mike Pietrus, directeur de l'initiative Changer les mentalités, Heather Stuart, Ph. D., conseillère principale auprès de l'initiative, et André Picard, journaliste

spécialisé en santé publique au *Globe and Mail*, y ont aussi participé.

En outre, des symposiums sur la stigmatisation ont réuni des étudiants en journalisme à l'université King's College, à l'université de la Colombie-Britannique et à l'université Ryerson. Les conférenciers, des journalistes, des chercheurs et des personnes ayant subi les effets de la stigmatisation, ont fait voir aux étudiants en quoi leurs futurs reportages risqueraient de perpétuer cette stigmatisation.

FORMATION DE NOUVEAUX PARTENARIATS

Changer les mentalités a continué à forger des partenariats avec des entreprises, des pourvoyeurs de services de santé et des éducateurs, entre autres. L'initiative compte désormais quatre-vingt partenaires, une hausse de 30 % par rapport aux années passées, et ce nombre croît sans cesse. Ensemble, ils s'efforcent d'étendre la portée des programmes de lutte à la stigmatisation au pays.

UNE PREMIÈRE MONDIALE DANS LA RECHERCHE SUR LA STIGMATISATION

Heather Stuart, Ph. D., conseillère principale pour Changer les mentalités, s'est vue offrir le poste de titulaire de la première chaire de recherche au monde sur la stigmatisation et la santé mentale. Bell Canada a créé cette chaire à l'université Queen's.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA LUTTE À LA STIGMATISATION

Sous la direction de *Changer les mentalités*, la Commission et la section scientifique sur la stigmatisation et la maladie mentale de l'Association mondiale de psychiatrie ont préparé la 5^e conférence internationale portant sur la stigmatisation qui a eu lieu à Ottawa en juin 2012. Le nombre de résumés transmis en prévision de la conférence *Ensemble dans la lutte à la stigmatisation : Changer notre perception de la maladie mentale* a doublé par rapport aux conférences précédentes et le nombre d'inscriptions a plus que triplé. L'initiative a également pu compter sur la présence de l'actrice Glenn Close et de membres de sa famille qui ont participé à titre de conférenciers.

PROMOUVOIR LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada invite tous les Canadiens à combattre la stigmatisation et à défendre les droits des personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale. Par l'évaluation et la promotion de programmes de lutte à la stigmatisation et ses activités de sensibilisation directe à des groupes cibles, *Changer les mentalités* contribue à la mise en œuvre de la stratégie.



Changer les mentalités a procédé à une étude de validation (<http://goo.gl/ea3Vo>) (en anglais) de la conception et des caractéristiques psychométriques de sa nouvelle échelle de mesure de la stigmatisation de la part des pourvoyeurs de services de santé.

Prenez connaissance des résultats de l'évaluation (<http://goo.gl/CGQOh>) (en anglais) du programme de formation dans la lutte à la stigmatisation destiné aux travailleurs de la santé conçu par le Réseau local d'intégration des services de santé d'Ontario-Centre.

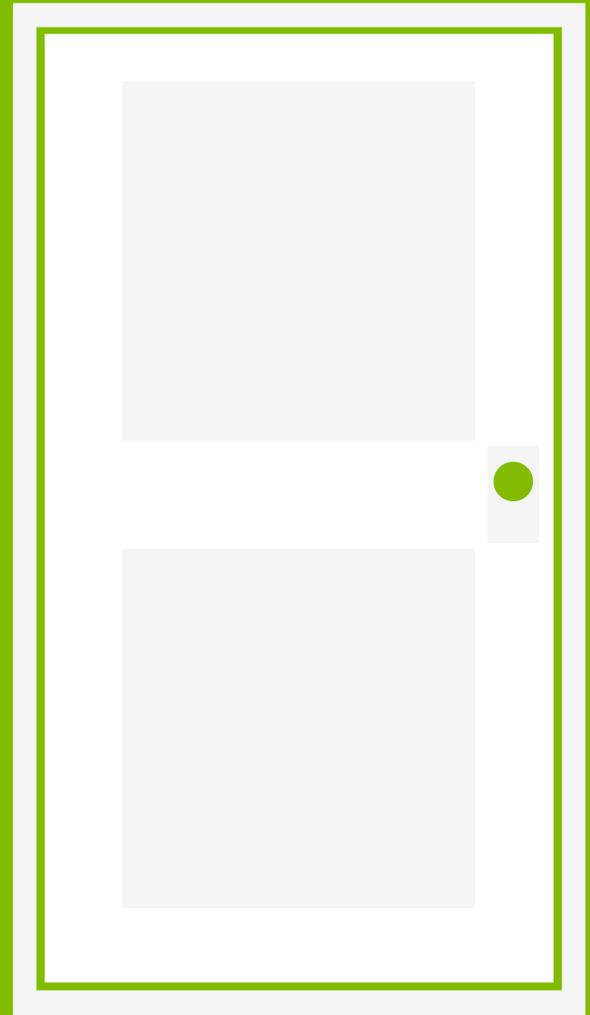
Consultez les résultats de l'évaluation (<http://goo.gl/dyBd8>) de l'utilisation du programme de formation anti-stigmatisation du Réseau local d'intégration des services de santé d'Ontario-Centre par la régie régionale de santé du centre de la Colombie-Britannique.

Prenez connaissance des résultats de l'évaluation (<http://goo.gl/iwJoN>) (en anglais) du symposium sur la lutte à la stigmatisation qui a eu lieu à l'université King's College.

Visionnez des extraits vidéo (<http://goo.gl/ekLWO>) (en anglais) d'exposés présentés lors du symposium sur la couverture médiatique de la santé mentale à l'université King's College.



CHEZ SOI





POUR QUELQU'UN QUI ÉPROUVE UN TROUBLE MENTAL OU UNE MALADIE MENTALE, AVOIR UN TOIT PEUT CONDUIRE AU RÉTABLISSEMENT. LE PROJET CHEZ SOI DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA PROCURE UN LOGEMENT, DES SERVICES ET DES RESSOURCES À PRÈS D'UN MILLIER DE CANADIENS EN SITUATION D'ITINÉRANCE PRÉSENTANT UN TROUBLE MENTAL. CE PROJET ENTEND TROUVER LES MOYENS LES PLUS EFFICACES POUR VENIR EN AIDE À CETTE POPULATION VULNÉRABLE.

CHEZ SOI

POURQUOI S'ATTARDER À L'ITINÉRANCE?

Au Canada, l'itinérance prend des proportions épidémiques et la question de la santé mentale qui est reliée soulève beaucoup plus d'attention. En effet, on estime que de 25 à 50 % des personnes itinérantes sont aux prises avec une maladie mentale.

Le projet Chez Soi a pour objectif d'en savoir plus sur cette problématique sociétale majeure et de cerner des pistes de solution. Il repose sur le modèle accordant la priorité au logement (*Housing First*) en vertu duquel on propose d'abord un logement aux personnes itinérantes pour leur offrir ensuite des services qui répondent à leurs besoins en santé et en santé mentale. Le projet se déroule dans cinq villes canadiennes : Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver.

Malgré les défis de taille inhérents à une initiative d'une telle ampleur, des vies ont changé, sans compter que l'on tire de ce projet de recherche des informations importantes qui sont analysées puis diffusées.

LE PROJET CHEZ SOI OFFRE UN LOGEMENT ET DES SERVICES DANS CINQ VILLES ET VIENT EN AIDE À DES PERSONNES PARMIS LES PLUS VULNÉRABLES DE LA SOCIÉTÉ.

ATTEINTE DES OBJECTIFS

Au cours de l'exercice écoulé, les responsables du projet ont terminé le recrutement des participants et ont ainsi logé plus de 1 000 personnes. Ils ont fait appel à plus de 260 partenaires propriétaires d'immeuble et firmes de gestion immobilière, du secteur privé pour la plupart.

L'équipe de recherche s'entretient avec les participants à intervalles réguliers pour colliger l'information essentielle à l'étude. Les participants à qui l'on a offert un toit bénéficient de services de soutien sur les plans du logement, de la santé mentale, de la santé en général, de la formation, de l'emploi et des ressources communautaires.

RECHERCHE ET RÉSULTATS

La réussite du projet est tributaire du respect de la méthodologie de recherche et des normes relatives aux services par les équipes de soutien et les partenaires. Les gestionnaires du projet qui, cette année, se sont rendus dans les villes où celui-ci se déroule constatent que la conformité aux exigences est excellente. Par ailleurs, des membres du personnel ont assisté à une séance de formation à Vancouver en 2011 qui leur a permis de perfectionner leurs compétences et de mieux composer avec les situations problématiques.

La collecte de données s'est effectuée tout au long de l'année. Ces données confirment que le projet a atteint un de ses objectifs principaux, soit de recruter des personnes aux besoins parmi les plus considérables. L'équipe a également mis au point de nouveaux outils d'évaluation dont une échelle mesurant la qualité du logement.

En janvier dernier, la Commission a publié le second volume du rapport sur les résultats préliminaires (<http://goo.gl/bfA1R>), lequel renferme des données statistiques générales sur la population à l'étude. Ces données illustrent entre autres que plus de 90 % des participants sont aux prises non seulement avec un problème de santé mentale, mais également avec une maladie physique chronique, qu'il s'agisse d'un problème de dos (52 %) ou d'hépatite B ou C (25 %).

Le rapport se penche plus particulièrement sur les suites de la mise en application du modèle accordant la priorité au logement. Les constatations indiquent que parmi les participants à qui l'on a offert un toit, 68 % occupent toujours le premier appartement choisi, 24 % en sont à un deuxième appartement, 6 % à un troisième et un peu plus de 2 % à un quatrième ou cinquième. Les déménagements s'expliquent par diverses raisons dont l'expulsion ou



✦ Des employés du projet Chez Soi de partout au pays se réunissent à Vancouver pour assister à une formation.

Andriy Mishchenko

« Les participants au projet peuvent entre autres compter sur le soutien de toute une équipe, ce qui n'est pas le cas des locataires habituels. »

Propriétaire comptant des participants du projet Chez Soi parmi ses locataires

le risque d'expulsion, l'hospitalisation ou l'incarcération. Dans certains cas, les participants ont demandé un nouveau logement parce que celui qu'ils occupaient ne correspondait pas à leurs besoins.

ÉCHANGE D'INFORMATION

L'un des objectifs majeurs du projet consiste à colliger de l'information et à diffuser les résultats de l'étude. Durant cet exercice financier, l'équipe a organisé des activités d'échange d'information comme des exposés sur le projet partout au pays, la publication d'articles ayant fait l'objet d'un examen par des pairs, des entrevues avec des médias, une exposition de photographies de participants de Winnipeg et la production d'un docuweb en collaboration avec l'Office national du film du Canada intitulé Ici, chez soi (<http://goo.gl/irt2d>).

Ce documentaire interactif, paru en mai 2012, rend compte du chemin parcouru par le projet Chez Soi. Il donne la parole aux personnes extraordinaires qui y participent et met en relief leurs succès et les embûches qui parsèment leur chemin. Il s'accompagne de courts métrages qui sont diffusés en ligne au fil du projet, de données statistiques et d'un blogue.

Cette année encore, le projet Chez Soi doit sa réussite en grande partie aux participants. À titre d'exemple, des membres de Vancouver ont mis sur pied un bureau des porte-parole regroupant des participants qui acceptent de leur plein gré de faire part de leurs réflexions et de leur expérience dans le cadre d'entrevues avec les médias ou à d'autres occasions.

Des groupes de praticiens dans les domaines de la prestation de services, du soutien par des pairs et du logement ont formé un forum de discussion à propos de pratiques exemplaires et des problèmes actuels ou potentiels.

MISE EN VALEUR DES RÉUSSITES

Les retombées du projet sont plus manifestes cette année. Il est cité comme l'une des causes possibles de la baisse du nombre de personnes itinérantes observée à Vancouver lors du recensement de 2011.

Le projet a capté l'attention d'autres pays, notamment la France qui s'inspire de son protocole de recherche dans l'élaboration d'un programme de cette nature. En outre, un pourvoyeur de services d'Australie a publié un compte rendu de son séjour au Canada qui fait état des effets bénéfiques du projet.

Cette année encore, l'équipe a créé des partenariats locaux novateurs, avec le Service correctionnel du Canada à Moncton par exemple, pour offrir des possibilités d'emploi aux participants du projet.

PLANIFICATION EN PRÉVISION DE LA FIN DU PROJET DE RECHERCHE

Le financement du projet Chez Soi se terminera en mars 2013. Les dirigeants ont amorcé la planification de la transition pour les centaines de participants qui passeront d'un projet de recherche aux services usuels de logement et de services.

Ils espèrent que les participants seront nombreux à continuer d'occuper leur logement ou à en choisir un autre. Des cadres de la Commission, en collaboration avec des partenaires, étudient des possibilités de faciliter cette phase de transition. Ainsi, le Nouveau-Brunswick a convenu de continuer de financer le programme de suivi intensif dans le milieu destiné aux participants du projet à Moncton. Ce programme entend soutenir les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante dont les besoins sont considérables. Les provinces où se déroule le projet étudient également des solutions semblables.

Chez Soi a fait paraître plusieurs rapports et publications cette année, notamment :

Un article scientifique (<http://goo.gl/TV2JD>) portant sur la conduite du projet,

Un document (<http://goo.gl/qakpO>) décrivant les principes directeurs et la philosophie qui sous-tendent le travail des pairs aidants recrutés pour le projet,

Un article scientifique (<http://goo.gl/Mka5I>) portant sur les méthodes employées pour mener des entrevues avec des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.



PROMOUVOIR LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada préconise une augmentation du nombre de logements et des mesures de soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux et recommande de multiplier les approches telles que celle accordant la priorité au logement (*Housing First*) pour répondre aux besoins des personnes itinérantes.

Chez Soi a mis à l'essai ce modèle dans cinq villes canadiennes et les recommandations de la stratégie correspondent tout à fait à la philosophie du projet. Par exemple, il permet aux participants d'exercer des choix et il est axé sur leur rétablissement. La présence de pairs aidants est un autre exemple du lien entre le projet et les recommandations de la stratégie.

Bien d'autres aspects du projet illustrent la mise en application de recommandations de la stratégie, à l'origine d'ailleurs de résultats positifs.

CHEZ SOI

Un couloir sombre ou une pelote de ficelle colorée : les choses les plus simples prennent une signification différente selon le point de vue.

C'est ce que certains participants au projet Chez Soi à Winnipeg ont été à même de constater cette année. Grâce à un projet appelé Visons juste, ils ont pu mettre en images leur vécu. Munis d'appareils photo numériques et instruits des bases de la photographie acquises lors de quelques ateliers, ces hommes

focusing the frAme

et ces femmes ont braqué leur lentille sur leur environnement pour saisir en images des gens, des endroits et des objets des plus variés.

Dans la plupart des cas, ce sont des photos ordinaires. Ce qui les rend extraordinaires, ce sont les mots qui les accompagnent.

Bon nombre de ces photos ont été présentées lors d'une exposition à Winnipeg à l'automne 2011.



LA FAMILLE

La maladie mentale m'a toujours maintenue éloignée de ma famille. Même jeune, j'avais le sentiment que je n'y avais pas vraiment ma place. J'étais reléguée à l'écart sans jamais en faire réellement partie.

La maladie mentale et un grave problème d'alcool ont aussi eu pour conséquence que, plus vieille, on m'a confisqué mon enfant. J'en ai eu un autre plus tard, et je n'ai pas pu le voir lui non plus.

Maintenant que j'ai mon propre appartement, j'ai cessé de boire, je me sens beaucoup mieux et je peux voir mes enfants. Cela n'aurait jamais pu se produire si je n'avais pas participé au projet Chez Soi.

Anonyme



MA CUISINE

J'adore faire la cuisine. Dans la rue, c'est difficile de manger correctement. Aujourd'hui, mon frigo est plein et je peux choisir quoi et quand manger. Je suis en bien meilleure santé et je retire une grande satisfaction d'une activité que j'aime. Je peux même inviter des gens à venir prendre un repas chez moi. C'est cent fois mieux qu'une soupe populaire.

Anonyme



FICELLE

La « théorie du chaos » est ainsi appelée parce que les systèmes qu'elle décrit sont apparemment désorganisés. Mais la théorie du chaos se veut réellement une méthode pour trouver l'ordre sous-jacent dans des données en apparence aléatoires.

L'« effet papillon » montre que l'évolution des choses est extrêmement sensible aux conditions initiales. Le moindre changement dans ces conditions peut avoir des répercussions énormes sur l'évolution à long terme d'un système... Je suis ce système.

Jackie B.



LES OIES

Se battre ou s'enfuir. J'opte toujours pour la fuite.

M'enfuir aussi loin que possible. L'évasion n'est pas toujours la meilleure façon de régler les choses.

Jackie B.



UN HOMME FACE AU MUR

(vers la lumière)

Cette image me dit que je peux m'arrêter devant l'obstacle ou poursuivre ma route. Ça m'aide à comprendre que j'ai le choix.

Bob B.



UN JALON

La vie serait bien plus facile si on pouvait avoir des points de repère.

Contessa P. H.



RAYON DE SOLEIL

La jeune femme [une pair aidante] vient toujours égayer ma journée avec son esprit jeune.

Bienveillante et désireuse de partager et d'apprendre, elle peut amener un rayon de soleil dans une journée maussade.

Bob B.



LA VUE DE MA SALLE DE CLASSE

C'est ce que je vois par la fenêtre de ma salle de classe. L'élément le plus important du projet Chez Soi, c'est qu'il m'a donné des options. Quand on n'a même pas un endroit où habiter et qu'on ne cherche qu'à survivre, il est impensable de pouvoir retourner à l'école. Je termine maintenant ma douzième année (secondaire 5). Tout ce que je voyais avant c'était des draps souillés, des refuges et des soupes populaires.

Anonyme



BON À MANGER

À vos yeux, ce n'est peut-être qu'un simple repas de grillades.

Mais quand j'étais dans la rue, je n'avais aucune idée où trouver à manger et j'étais littéralement seul au monde. Aucun membre de ma famille et aucun de mes amis ne voulait me parler et encore moins me nourrir. En trois mois, je suis passé de mon poids normal de 170 livres à 120 livres.

Je serais probablement mort si le projet Chez Soi n'était pas venu à ma rescousse. Merci de m'avoir sauvé la vie.

Joe H.



LE SALON

Voici mon salon. Il n'y a pas grand-chose et la pièce est petite, mais c'est un nid douillet pour moi et mes chiens. C'est un endroit très agréable... comparé à un autre endroit où je dormais avant, c'est un château.

Mike E.



LA DEMEURE DE L'OISEAU-TONNERRE

C'est ici que je travaille comme gardien du feu et de la hutte de sudation. Je dois mettre les grands-pères (grosses pierres) dans le foyer et allumer un feu par-dessus pour les chauffer à blanc. Il me faut ensuite apporter dans la hutte de sudation le nombre de pierres demandées par le guide spirituel.

On ne peut obtenir un emploi quand on n'a pas de domicile. Personne ne veut alors vous embaucher. On ne peut même pas vous joindre par téléphone. Maintenant que j'ai une résidence et un téléphone, non seulement je peux travailler, mais j'ai un emploi que j'aime.

Anonyme



LE COULOIR

Long.
Sombre.
Sans fin.
Inconnu.
Trop de portes.
Panique.
Je regarde fixement. Immobile. En proie à la terreur.
Claudette, la travailleuse du projet Chez Soi qui assure mon suivi, m'oriente doucement dans la vie.

Jackie B.



RESSAC

Cela me rappelle mes crises d'angoisse. Tout allait bien puis, soudain, c'était comme une vague qui venait se briser sur la rive et ma raison perdait tout contrôle sur mes émotions. Depuis que je participe au projet Chez Soi, je vais aux cérémonies de la suerie et je parle aux anciens. Je n'ai même plus besoin de prendre de médicaments. C'est beaucoup mieux que d'avalier un tas de pilules.

Anonyme



GRATTE-CIEL

Quand j'ai pris cette photo, cela m'a rappelé à quel point j'avais une dépendance à l'alcool. J'avais le sentiment qu'il me faudrait être comme Superman et escalader les gratte-ciel d'un bond pour arriver à m'en débarrasser. Le projet Chez Soi m'a permis de faire face à cette dépendance et de cesser de boire. Je suis seul maintenant à décider de ce que je vais ingérer. Je ne suis plus gouverné par l'alcool.

Anonyme



GRENOUILLE SUR UNE CHARRETTE, ST-PIERRE (Cueillette de plantes médicinales)

Nous sommes allés cueillir des plantes médicinales près de St-Pierre et c'est là que j'ai aperçu cette grenouille géante. C'était la première fois depuis longtemps que je faisais quelque chose en groupe et ça m'a rendu heureux.

Bob B.



BAGAGES

J'ai porté des sacs qui étaient bien plus beaux que des sacs à ordures... et pourtant les gens me dévisageaient quand même.

Je savais qu'ils savaient.

Je pouvais le voir.

Dans ces sacs, je portais ma culpabilité et ma honte. Ils étaient bien lourds.

Jackie B.



SAC DE COUCHAGE

Le lit que vous occuperez ce soir sera-t-il chaud, douillet et propre? Quand vous vous y glisserez ce soir, vous pourriez peut-être avoir une pensée pour la personne qui va dormir dans celui-ci.

Joe H.

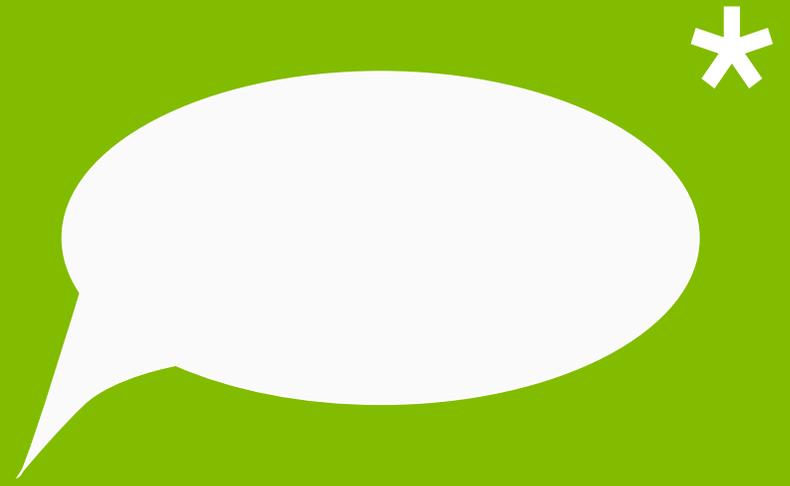


L'ÉCOLE

Voici l'université où j'ai obtenu mon diplôme et où j'ai travaillé pendant des années avant que je ne tombe malade. Cela ne fait que confirmer que les personnes itinérantes ne sont pas toutes dépourvues d'instruction ou de compétences et que certaines d'entre elles ont même une bonne expérience de travail. Alors en regardant cette image, n'oubliez pas que ça peut arriver à n'importe qui.

Joe H.

CENTRE
D'ÉCHANGE DES
CONNAISSANCES





CENTRE D'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

POURQUOI L'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES?

« Il faut en moyenne neuf ans pour que des données probantes soient mises en application. »
(Green et coll., 2009)

Le Centre d'échange des connaissances contribue à réduire ce délai afin d'améliorer la vie des Canadiens aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale.



UNE SIMPLE CONVERSATION PEUT PROVOQUER UN CHANGEMENT. VOILÀ POURQUOI LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA SOUHAITE SUSCITER LA CONVERSATION. ELLE AIDE LES CHERCHEURS, LES POURVOYEURS DE SERVICES, LES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL OU UNE MALADIE MENTALE, LES AIDANTS ET BIEN D'AUTRES ENCORE À PARTAGER LEURS CONNAISSANCES ET LEURS IDÉES AU SUJET DE LA SANTÉ MENTALE. C'EST EN ALIMENTANT LES CONVERSATIONS QUE LE CHANGEMENT S'ENRACINE.

LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA EST D'AVIS QUE LES CONNAISSANCES PEUVENT ÊTRE UN DÉCLENCHEUR D' ACTIONS. ELLE A DONC MIS SUR PIED LE CENTRE D'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES AFIN DE PROMOUVOIR LA DIFFUSION ET LA MISE EN APPLICATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE.

Le rôle du Centre d'échange des connaissances est de promouvoir la vision et la mission de la Commission en favorisant l'engagement, les interactions empreintes de respect et la collaboration avec les partenaires clés.

Le Centre poursuit quatre grands objectifs :

1. Contribuer au développement et à l'utilisation efficace de connaissances fondées sur des données probantes dans le milieu de la santé mentale,
2. Accroître la capacité des acteurs du milieu de la santé mentale à adopter et intégrer, sur une base régulière, des pratiques d'échange de connaissances,
3. Explorer les synergies potentielles et les possibilités de collaboration pancanadiennes,
4. Promouvoir les pratiques exemplaires existantes et prometteuses au pays.

Le Centre a été fort occupé au cours de cet exercice financier. Il a comblé tous ses effectifs et est devenu totalement opérationnel.



* Simon Davidson, M.D., président du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la Commission, s'adresse à des délégués à la conférence annuelle de l'Association des psychiatres du Canada, pendant laquelle la Commission a tenu un symposium sur les progrès scientifiques et politiques. Quelque 1 200 psychiatres et autres spécialistes du milieu de la santé mentale participent chaque année à cette conférence pour se renseigner sur les dernières études, échanger des idées et faire du réseautage avec leurs collègues provenant de tous les coins du pays.

« Vous avez joué un rôle de catalyseur dans le développement du Réseau canadien de recherche et d'innovation en soins de santé primaires... Depuis qu'il s'est engagé dans un partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada, le réseau a pu croître et renforcer les liens qui l'unissent au milieu de la santé mentale. »

William Hogg, M.D., professeur et conseiller principal en recherche, Université d'Ottawa, membre du comité directeur du Réseau canadien de recherche et d'innovation en soins de santé primaires

RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA COMMISSION EN MATIÈRE D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES

L'équipe du Centre travaille en étroite collaboration avec les membres des initiatives et des projets des comités consultatifs, ainsi qu'avec les équipes affectées aux communications et aux relations gouvernementales, par exemple, pour s'assurer que des plans intégrés de diffusion soient créés et mis en application.

Le Centre a ainsi contribué à la planification à long terme de l'adoption et de l'exécution de la stratégie en matière de santé mentale préparée par la Commission. Entre autres, il a aidé à élaborer un cadre pour évaluer la notoriété de la stratégie et le degré d'adhésion à celle-ci. Il a aussi permis de présenter la stratégie à l'occasion de conférences et de séminaires qui ont eu lieu au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Au cours de l'exercice financier, seize des vingt-trois projets des comités consultatifs sont entrés dans une phase d'échange de connaissances. Le Comité sur la santé mentale et la loi, notamment, a achevé une étude sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de

la police et sur leurs interactions avec elle (<http://goo.gl/N1fns>). Le Centre et les auteurs du rapport ont diffusé les résultats de cette étude à Toronto à l'occasion d'une table ronde portant sur la formation des policiers. Ils ont aussi publié un article dans la Gazette de la GRC (<http://goo.gl/G15Oy>) et donné une présentation à quatre conférences.

À l'automne dernier, le Comité consultatif sur les aînés a publié ses *Lignes directrices relatives à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens* (<http://goo.gl/GtNVz>). Le Centre, en collaboration avec le comité, a mis en place un réseau pancanadien en vue de promouvoir l'adoption de ces lignes directrices, s'est entendu avec l'Association médicale canadienne pour que ce document soit répertorié dans sa base de données pancanadienne et a fourni son aide pour qu'elles soient présentées à plusieurs conférences.

Le Centre a aussi mis sur pied trois initiatives importantes qui permettront d'accroître les capacités en matière d'échange de connaissances et de réduire le délai entre l'innovation et la mise en application dans deux domaines clés :

1. L'initiative CHEER (soins en collaboration misant sur l'échange, l'évaluation et la recherche)

Il est reconnu que les services de première ligne en santé mentale et les mesures de soutien sont inadéquats au Canada et qu'il faut les améliorer pour prévenir la maladie mentale, intervenir rapidement dès l'apparition de la maladie et assurer un meilleur potentiel de rétablissement.

Le Centre, avec l'apport de partenaires clés, entreprend une initiative pancanadienne appelée CHEER pour améliorer, de façon mesurable, les services de première ligne en santé mentale et en toxicomanie au Canada.

Les membres du comité de direction, qui représentent onze organismes nationaux, ont approuvé les objectifs de l'initiative énumérés ci-après :

1. Améliorer l'accès à des services de première ligne de qualité en santé mentale et en toxicomanie dans les communautés rurales et éloignées,
2. Développer la compétence des professionnels en ce qui a trait au travail en collaboration,
3. Rendre l'expérience vécue par les patients plus agréable en favorisant la collaboration entre professionnels et en levant les obstacles à l'accès aux services,
4. Promouvoir l'échange de connaissances par l'évaluation et la publication des résultats d'études pertinents pour l'initiative.

Jusqu'à présent, l'initiative a tenu des consultations avec vingt-cinq organismes de partout au Canada dont le thème a porté sur les communautés rurales et éloignées, le développement des capacités et les technologies.

Elle a aussi reçu une subvention de 25 000 dollars des Instituts de recherche en santé du Canada pour financer des réunions, la planification et la diffusion.

2. Centre de formation SPARK

La Commission a créé le Centre de formation SPARK pour favoriser l'échange de connaissances plus efficace entre les professionnels travaillant dans les domaines de la santé mentale, de la toxicomanie et des dépendances.

Au début de 2012, un appel de candidatures national a été lancé. Le Centre a reçu plus de soixante-dix candidatures de personnes intéressées à participer à un stage de neuf mois, commençant par un atelier de deux jours en juillet 2012 en présence de spécialistes de renommée internationale en matière d'échange de connaissances.

Le Centre a retenu quarante candidatures provenant de huit provinces et d'un territoire. Les candidats étaient issus de diverses sphères de la santé mentale : dix-neuf praticiens, dix chercheurs, cinq décideurs et responsables des orientations politiques et six autres personnes dont les responsabilités chevauchaient plus d'une sphère.

3. Initiative sur la performance des systèmes

L'initiative sur la performance des systèmes du Centre d'échange des connaissances a pour but de mieux comprendre le paysage de la santé mentale au Canada et d'accroître la capacité des gestionnaires à prendre des décisions éclairées fondées sur des données probantes.

L'initiative poursuit quatre objectifs principaux :

1. Favoriser la collecte et l'utilisation des données disponibles et encourager la collecte de nouvelles données auprès des groupes sous-représentés dans les échantillons,
2. Stimuler la collaboration et l'échange de données entre les provinces et les territoires,
3. Faciliter la mise au point d'un mécanisme de communication de l'information qui fournirait un portrait de la situation actuelle de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada,
4. Contribuer à la création d'un réseau de partenaires clés axé sur la collecte de données relatives à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le plan de travail sera approuvé au début du prochain exercice financier et les travaux débiteront à ce moment.

PRIX NATIONAUX EN SANTÉ MENTALE

Les Prix nationaux en santé mentale créés à l'occasion du 5^e anniversaire de la Commission visent à récompenser les initiatives novatrices qui ont une incidence profonde sur le système de santé mentale canadien. Ces initiatives doivent faire preuve de leadership, de créativité et d'engagement et accroître la compréhension des enjeux de santé mentale dans la société. Ils doivent également contribuer à améliorer la santé mentale des Canadiens. Lancé le 3 janvier 2012, le programme des Prix nationaux en santé mentale a reçu quarante et une candidatures provenant de sept juridictions.

DÉPLOIEMENT ET SOUTIEN DES RÉSEAUX

Le Centre a fourni un appui ou contribué au développement de nombreux réseaux, notamment le Réseau international d'échange de connaissances en matière de santé mentale, le Réseau d'échange de connaissances en matière de santé mentale et de toxicomanie de l'Ontario (OMAKHEN), le « réseau des réseaux » du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, la Coalition pour la santé mentale des enfants et des adolescents - bureau de l'Ontario, l'équipe de recherche collaborative qui se penche sur les troubles bipolaires (CREST.BD), le Réseau pancanadien de recherche et d'intervention sur la dépression et le Réseau canadien de recherche et d'innovation en soins de santé primaires.

PROMOUVOIR LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada invite tous les partenaires du Canada à participer à l'amélioration de la collecte de données, de la recherche et de l'échange des connaissances en matière de santé mentale. Le Centre travaille à la mise en pratique de ces recommandations et va même au-delà. Par exemple, l'initiative CHEER (soins en collaboration misant sur l'échange, l'évaluation et la recherche) est en lien avec la troisième orientation stratégique – assurer l'accès aux services, traitements et formes de soutien appropriés – tandis que toutes les candidatures retenues par le Centre de formation SPARK devaient être liées à au moins une des recommandations contenues dans la stratégie.

PREMIERS
SOINS EN
SANTÉ
MENTALE





PRENDRE UN CAFÉ AVEC QUELQU'UN PEUT FAIRE TOUTE LA DIFFÉRENCE. EN FAIT, CE GESTE PEUT ÊTRE LA PREMIÈRE FORME D'AIDE QUE VOUS APPORTEREZ. PREMIERS SOINS EN SANTÉ MENTALE CANADA ENSEIGNE À DÉCELER LES SIGNES DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET À APPORTER UNE AIDE IMMÉDIATE. UNE SIMPLE CONVERSATION PEUT ÊTRE LA PARFAITE ENTRÉE EN MATIÈRE.



PREMIERS SOINS EN SANTÉ MENTALE

POURQUOI FORMER LES CANADIENS?

Quand une personne se blesse, la rapidité de l'intervention revêt une importance cruciale. Il est tout aussi important d'agir lorsqu'il s'agit d'une urgence en santé mentale. Le programme Premiers Soins en Santé Mentale Canada de la Commission de la santé mentale du Canada enseigne les premiers gestes à poser pour venir en aide à une personne aux prises avec un trouble mental ou qui est en situation de crise. Fondé sur des données probantes, ce programme a pour but d'améliorer les connaissances en matière de santé mentale, de réduire la stigmatisation et de permettre aux personnes de mieux gérer les troubles mentaux potentiels ou existants qu'elles peuvent elles-mêmes éprouver ou qui peuvent se manifester chez un proche, un ami ou un collègue.

« La formation de Premiers Soins en Santé Mentale est la meilleure que j'aie jamais suivie. Tous ceux qui travaillent en milieu hospitalier, peu importe leur âge, devraient la suivre. Je la recommande à toute personne qui travaille en santé mentale ou qui doit composer avec des problèmes de santé mentale dans sa vie personnelle ou professionnelle. »

Employé des services de santé d'un hôpital albertain

GRÂCE À PREMIERS SOINS EN SANTÉ MENTALE CANADA, DES MILLIERS DE CANADIENS PEUVENT DORÉNAVANT DÉCELER LES SYMPTÔMES D'UN TROUBLE MENTAL OU D'UNE MALADIE MENTALE ET INTERVENIR EN SITUATION DE CRISE OU EN PRÉSENCE D'UN PROBLÈME ÉMERGENT.



Des membres du personnel de l'université Mount Royal, à Calgary, reçoivent la formation qui leur permettra d'enseigner les premiers soins en santé mentale.

Lori-Anne Toone

UN JALON DÉTERMINANT POUR LE PROGRAMME

Premiers Soins en Santé Mentale Canada a formé cette année plus de 11 000 personnes au pays. Ce programme a ainsi surpassé un jalon déterminant en ayant formé plus de 50 000 personnes à ce jour.

Parmi la clientèle du programme en 2011-2012 on compte des familles, des enseignants, des professionnels de la santé, des intervenants d'équipes d'urgence, des bénévoles, des spécialistes en ressources humaines, des employés d'organismes communautaires ainsi que des fonctionnaires municipaux, provinciaux, territoriaux et fédéraux. On a aussi donné des formations en milieu de travail ainsi que dans des universités, des collèges et des établissements correctionnels.

INNOVER POUR ACCROÎTRE LA PORTÉE

L'intérêt manifesté envers le programme a ouvert la voie à des innovations. Afin de mieux répondre aux besoins particuliers de la population canadienne en matière de santé mentale, on a adapté le programme à l'intention des Premières nations, des populations nordiques et des aînés :

- Une formation conçue à l'intention des résidents des territoires du Nord canadien est en voie d'élaboration et sera prête en 2013.
- Trois communautés autochtones ont accepté de participer à l'élaboration et la mise à l'essai de la formation à l'intention des Premières nations.
- Des négociations ont été enclenchées avec la fondation du centre de santé Trillium

et le centre hospitalier Credit Valley en vue d'assurer le financement d'un projet d'adaptation de la formation pour les aînés du Canada. On a mis sur pied un comité de rédaction composé d'experts en gérontopsychiatrie qui examineront le contenu de la formation et fourniront des orientations basées sur les données probantes les plus récentes sur la santé mentale des aînés au Canada.

PROMOUVOIR LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, recommande de rendre les familles, les milieux scolaires, les lieux de travail et les intervenants auprès des aînés plus aptes à intervenir rapidement quand un problème de santé mentale commence à se manifester.

Premiers Soins en Santé Mentale sensibilise ces groupes pour qu'ils sachent reconnaître les signes des troubles mentaux et des maladies mentales et pour qu'ils cherchent de l'aide.



Premiers Soins en Santé Mentale dispense des formations partout au pays. En plus du cours de base et de celui destiné aux adultes qui interviennent auprès des jeunes, l'organisme propose une formation d'instructeur de premiers soins en santé mentale.

Inscrivez-vous sur le site Web (<http://goo.gl/xvNXY>) du programme.

PARTENAIRES
POUR LA
SANTÉ
MENTALE





AUJOURD'HUI PLUS QUE JAMAIS, LES GENS PARLENT SANS DÉTOUR DES TROUBLES MENTAUX ET DE LA MALADIE MENTALE. LES CONVERSATIONS À CE SUJET SE PROPAGENT DANS LA SOCIÉTÉ. EN QUOI CELA PEUT-IL SUSCITER UN CHANGEMENT? PARTENAIRES POUR LA SANTÉ MENTALE MOBILISE DES GENS DE PARTOUT AU PAYS POUR QU'UN TEL CHANGEMENT SE RÉALISE.

PARTENAIRES POUR LA SANTÉ MENTALE

POURQUOI UN MOUVEMENT SOCIAL?

La santé mentale représente l'un des derniers tabous de la société. Un Canadien sur cinq éprouvera un problème de santé mentale cette année. Ces personnes pourraient attendre des mois avant d'obtenir de l'aide, se voir refuser un logement et être rejetées par leurs collègues de travail, leurs amis et leur famille.

Partenaires pour la santé mentale a pour mandat de créer un nouvel état d'esprit au Canada en matière de santé mentale, exempt de honte mais riche d'appui et de compréhension. À cette fin, Partenaires pour la santé mentale prévoit livrer plusieurs campagnes pancanadiennes chaque année afin de permettre aux Canadiens d'agir pour soutenir la cause de la santé mentale.

« C'est fantastique de constater le niveau d'engagement entourant la campagne *Je ne me reconnais pas*. Nous espérons que la campagne incitera les Canadiens à partager leur expérience à propos de la santé mentale. Ensemble, nous pouvons transformer les façons de penser pour que la population soit réceptive aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale. »

Rachel Bard, directrice générale,
Association des infirmières et infirmiers
du Canada

PARTENAIRES POUR LA SANTÉ MENTALE ENTEND DÉCLENCHER UN MOUVEMENT SOCIAL EN VUE DE MODIFIER LA PERCEPTION ET LE COMPORTEMENT DES GENS À L'ENDROIT DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL OU UNE MALADIE MENTALE.



* Rachel Bard, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Jeff Moat, président, Partenaires pour la santé mentale, signent la pétition de la campagne *Je ne me reconnais pas* pour soutenir la santé mentale.

Greg Teckles

Le 2 avril 2012, l'organisme Partenaires pour la santé mentale (<http://goo.gl/VDSmc>) a officiellement été inauguré à l'occasion d'une campagne intitulée *Je ne me reconnais pas* (<http://goo.gl/UbluV>) visant à inciter le grand public à se mobiliser pour la cause de la santé mentale.

Partenaires pour la santé mentale a occupé une bonne partie de l'année à se construire. Ses effectifs sont désormais complets

grâce à l'embauche de professionnels des domaines du marketing, du bénévolat et de l'engagement communautaire en ligne. Plusieurs agences ont été recrutées pour travailler à l'élaboration de plans, de campagnes et d'activités. Un plan stratégique global a été créé, ainsi qu'un plan détaillé de mise en marché fondé sur de nombreuses consultations avec des partenaires clés et leurs recommandations. Enfin, la marque et l'identité visuelle de Partenaires pour la santé mentale ont été dévoilées.

Partenaires pour la santé mentale vise à mobiliser le public. L'organisme a donc créé un site Web dynamique et attrayant doté d'une fonction de don en ligne et d'une architecture robuste de gestion des relations.

Il a également établi une solide base de bénévoles, en recrutant plus de cent bénévoles et en formant dix-huit équipes d'action communautaire partout au pays pour faire passer le message et mobiliser les Canadiens pour la cause de la santé mentale.

Un plan complet a aussi été créé à l'occasion de la campagne *Je ne me reconnais pas*. Ce plan portait notamment sur l'orientation créative, les messages clés, la publicité



***** Au centre-ville de Toronto, des personnes contemplant un « mur de l'humeur » sur lequel figurent des macarons multicolores dans le cadre de la journée d'action de la campagne.

et les achats médias, le marketing direct, les relations publiques et le bénévolat.

Tout ce travail a rendu possible le lancement officiel de Partenaires pour la santé mentale en avril. À la fin des six semaines de la campagne, plus de 80 partenaires et organisations de tous les coins du pays s'étaient engagés à appuyer la cause de la santé mentale. Près de 200 écoles et milieux de travail avaient proposé d'organiser une journée d'action, plus de 27 000 Canadiens avaient signé la pétition en ligne pour appuyer la cause et plus de 700 récits personnels avaient été soumis.

De plus, l'organisme a recruté plusieurs commanditaires du secteur privé, dont deux commanditaires principaux (Lundbeck Canada Inc. et la Banque Scotia), trois commanditaires de soutien et deux commanditaires d'événements et de campagnes.

PROMOUVOIR LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada reconnaît qu'il est essentiel de mobiliser les Canadiens et de les encourager à intervenir pour que les questions de santé mentale demeurent un enjeu prioritaire qui nécessite l'engagement du public et du milieu des affaires.

Partenaires pour la santé mentale a pour objectifs de donner à la population et aux organismes de partout au pays le pouvoir d'agir pour soutenir les recommandations contenues dans la stratégie et ainsi améliorer les services de santé mentale et le bien-être mental de tous les Canadiens. Partenaires pour la santé mentale invitera chaque Canadien à s'intéresser davantage à son propre bien-être mental, à aider les autres et à s'impliquer pour la cause de la santé mentale en devenant bénévole, en influençant les politiques et en participant à des activités de financement.



Au départ, Partenaires pour la santé mentale était une initiative de la Commission de la santé mentale du Canada. Depuis le 1^{er} avril 2012, c'est un organisme caritatif indépendant.

COMITÉS
CONSULTATIFS





AU CANADA, PLUSIEURS VOLETS DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE NÉCESSITENT DES AMÉLIORATIONS. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA SONT SOUTENUS PAR HUIT COMITÉS CONSULTATIFS QUI EXAMINENT DE PRÈS CERTAINS DES VOLETS LES PLUS IMPORTANTS. PLUS DE CENT EXPERTS, CHERCHEURS, PERSONNES AYANT UN VÉCU DES TROUBLES MENTAUX OU DE LA MALADIE MENTALE ET AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE COMPOSENT CES COMITÉS. ENSEMBLE, ILS MÈNENT PLUS DE DEUX DOUZAINES DE PROJETS DE RECHERCHE PARTOUT AU PAYS QUI ONT CONTRIBUÉ AU DÉVELOPPEMENT DE LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA.



COMITÉS
CONSULTATIFS

Enfants et jeunes,

POURQUOI LES ENFANTS ET LES JEUNES?

Même si les troubles mentaux et les maladies mentales font leur apparition le plus souvent durant l'enfance, il demeure que les besoins des enfants en matière de santé mentale sont ni bien compris, ni bien desservis.

Le Comité consultatif sur les enfants et les jeunes mène des projets qui favorisent le bien-être mental des enfants et qui appuient le dépistage précoce des problèmes mentaux et les interventions effectuées le plus tôt possible durant l'enfance. Les actions du comité visent à optimiser les trajectoires de vie des enfants et leur productivité à titre de Canadiens et à atténuer l'impact des problèmes mentaux à l'âge adulte.

LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES ENFANTS ET LES JEUNES COLLIGE LES MEILLEURES DONNÉES PROBANTES POUR ALIMENTER, SOUTENIR ET ENCOURAGER LES ACTIONS MENÉES EN COLLABORATION ET AINSI RÉPONDRE AUX BESOINS DES JEUNES CANADIENS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE.

ORIENTER LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES

Le document-cadre Evergreen (<http://goo.gl/dKwOI>) sert de guide au développement de politiques et de programmes relatifs à la santé mentale des enfants et des jeunes. Fondé sur des données probantes, il est le pilier sur lequel s'appuient tous les travaux de la Commission qui traitent de la santé mentale des enfants.

Ce document a servi dans le cadre d'un projet pilote mené au Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores au cours de l'année scolaire.

Le Centre s'est associé avec Stan Kutcher, M.D., titulaire de la chaire de la Financière Sun Life en santé mentale des adolescents (qui a aussi dirigé le développement du document-cadre), pour mettre en œuvre un programme éducatif fondé sur des données probantes chez des élèves de 9^e et 10^e année. Ce programme inclut aussi une formation sur la santé mentale à l'intention des enseignants et des professionnels des services de santé de première ligne.



★ Jessica Bruhn, qui copréside le Conseil provincial de la famille de la Colombie-Britannique, s'adresse à l'auditoire de la conférence intitulée *Child and Youth Mental Health Matters* à Vancouver. Keli Anderson, membre du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes, était aussi l'hôte de cet événement.

Andriy Mishchenko

Le programme éducatif et la formation à l'intention des enseignants ont été mis au point pour favoriser la connaissance de la santé mentale (et la réduction de la stigmatisation) chez les élèves et les enseignants. Les autres programmes éducatifs ont été conçus pour aider les enseignants et les professionnels de la santé

à identifier, trier et diagnostiquer les problèmes de santé mentale chez les jeunes et pour soutenir ces derniers.

M. Kutcher a participé à la formation de plus de 250 professionnels des services de santé de première ligne, enseignants, éducateurs et personnel de soutien. Le programme éducatif, qui est en cours d'évaluation, est actuellement mis en application dans dix-huit écoles appartenant à quatre commissions scolaires de l'Ontario. On estime que plus de cent écoles secondaires de l'Ontario et d'autres provinces mettront ce programme éducatif en application et que de nombreuses autres sessions de formation seront offertes à plus de 150 autres écoles durant la prochaine année scolaire.

DÉTERMINER LES BESOINS DANS LES ÉCOLES

En 2011-2012, le Comité consultatif sur les enfants et les jeunes a appuyé le Projet de recherche sur la santé mentale et la consommation de substances en milieu scolaire (<http://goo.gl/5jNP1>), projet d'envergure qui dresse un inventaire des pratiques et des programmes de promotion de la santé mentale et de lutte à la consommation de substances mis en œuvre dans les écoles canadiennes.

Un groupe formé de quarante chercheurs, responsables des orientations politiques et praticiens de renom ont procédé à une recension des écrits

(<http://goo.gl/z8UDO>) sur la santé mentale et la consommation de substances provenant du monde entier, procédé à une analyse (<http://goo.gl/gqD3C>) des meilleures pratiques mises en œuvre dans les écoles canadiennes et mené un sondage (<http://goo.gl/OVO5W>) auprès de commissions scolaires et d'écoles à la recherche d'information sur l'état actuel des programmes de santé mentale conçus pour les enfants et les jeunes.

Plus de 80 % des répondants de 177 arrondissements ont indiqué que les besoins des élèves en matière de santé mentale n'étaient pas comblés en milieu scolaire. Le projet recommande entre autres d'investir davantage dans les initiatives de promotion de la santé mentale et d'apprentissage social et affectif, d'affecter un plus grand nombre de professionnels en santé mentale en milieu scolaire et de promouvoir la formation professionnelle systématique en santé mentale destinée au personnel enseignant et aux éducateurs.

MOBILISER LES JEUNES ET PRÉVENIR LA STIGMATISATION

Le comité a mené un projet de mobilisation et de sensibilisation des jeunes qui a inclus une recension des sites Web les plus populaires en matière de santé et une analyse de la promotion de la santé par les médias sociaux.

Le comité a aussi sollicité l'opinion de près de 300 jeunes âgés de 12 à 18 ans pour savoir comment ils perçoivent la santé mentale, vers qui ils se tournent pour obtenir de l'aide, quel langage ils jugent le plus utile pour réduire la stigmatisation et comment ils utilisent les médias sociaux.

Dans le cadre du projet, on a interrogé des jeunes, en personne et sur Internet, pour sonder ce qu'ils souhaitent savoir au sujet de la santé mentale.

La Commission prévoit rendre publics les résultats de ce projet au cours du prochain exercice financier. Elle posera ainsi les fondements, réalisés à partir de données probantes, qui serviront la création et la mise en application de connaissances en santé mentale selon des modes centrés sur les jeunes.

UN SOUTIEN POUR LES PARENTS

Le comité a dirigé une recension des écrits et une analyse conjoncturelle qui serviront à élaborer un cadre de travail à l'intention des parents d'adolescents. Ce cadre portera sur l'éducation et les ressources à fournir aux parents en matière de santé mentale. Il contribuera au développement de programmes qui aideront les parents à déceler les signes précurseurs de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes.

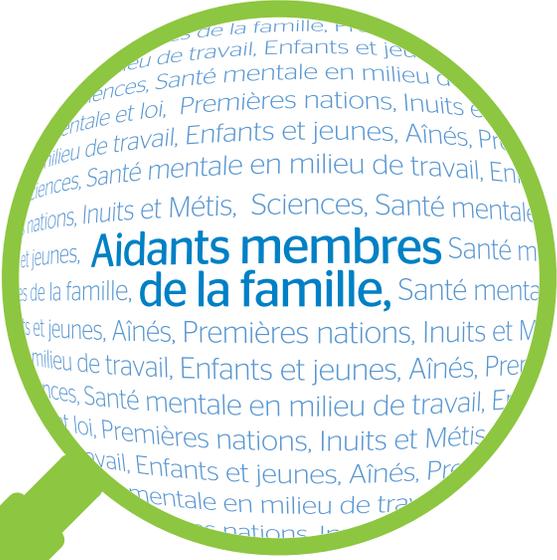
TRANSITION DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

Le comité a lancé un nouveau projet qui fournit des orientations quant aux politiques et aux différentes pratiques facilitant la transition des jeunes vers le système de santé mentale des adultes afin d'améliorer les résultats et de maintenir la participation continue dans les programmes et services. Des données seront colligées au Canada et ailleurs et le projet poursuivra son cours en 2013. Le comité a aussi commencé à chercher des partenaires potentiels et du financement externe afin de mettre en application les recommandations du rapport.



En 2011-2012, quatre nouveaux membres se sont joints au Conseil des jeunes. Ce conseil, qui est formé de jeunes Canadiens ayant un vécu des troubles mentaux ou de la maladie mentale, conseille la Commission sur ses programmes et projets en apportant le point de vue des jeunes. Certains de ses membres siègent à d'autres comités de la Commission ou participent à des projets et initiatives spécifiques.

Visionnez un extrait vidéo (<http://goo.gl/wh5Yv>) (en anglais) créé par Simran Lehal, membre du Conseil des jeunes, qui offre une définition toute personnelle de la santé mentale. Ce film figure parmi les grands gagnants du concours *Living Life Fully*, titre du festival de films de Prince George, en Colombie-Britannique.



Aidants membres de la famille,

POURQUOI LES AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE?

Prendre soin d'une personne pendant une période prolongée entraîne souvent un fardeau de difficultés qui nuisent au bien-être de l'aidant. Pour qu'ils soient en mesure d'assumer leurs responsabilités tout en maintenant un niveau de bien-être adéquat, les aidants doivent pouvoir compter sur de l'information, de l'éducation, des conseils et du soutien.

Le Comité consultatif sur les aidants membres de la famille travaille en faveur d'un système de santé mentale qui fait la promotion d'une vie épanouie et enrichissante pour les personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale, ainsi que pour leurs proches et amis qui composent le principal cercle de soutien. Le comité veille à ce que les mesures de soutien nécessaires à l'accomplissement de leurs responsabilités à titre d'aidants soient offertes dans toutes les communautés.

LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE AIDE À LA CRÉATION D'OUTILS QUI CONTRIBUENT AU MAINTIEN DE LA SANTÉ MENTALE ET AU BIEN-ÊTRE DES AIDANTS QUI PRENNENT SOIN D'UN PROCHE.

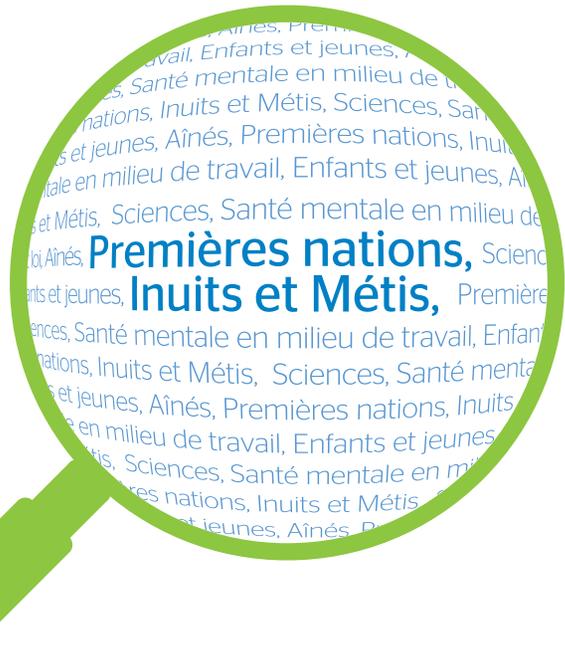
RÉPONDRE AUX BESOINS DES AIDANTS

Le comité a travaillé de façon continue à la préparation d'un document qui devrait profiter aux aidants de partout au pays. Les *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services complets pour les proches aidants d'adultes ayant un trouble mental ou une maladie mentale* sont le fruit d'un projet amorcé par le comité consultatif et supervisé par un comité multidisciplinaire. Elles cibleront les responsables des orientations politiques et les pourvoyeurs de services.

Le comité a soumis le cadre que représentent les *Directives* à six groupes d'experts répartis dans six régions du Canada. Plus de quatre-vingt participants ont bénévolement offert leur expertise et émis des commentaires. Ce groupe était composé d'aidants, de personnes ayant un vécu de la maladie

mentale et de pourvoyeurs de services provenant d'horizons linguistiques, ethnoculturels et socioéconomiques divers. Ils ont représenté une diversité de points de vue et de positions au sein du système de santé mentale.

Le comité prévoit publier les *Directives* en 2013. Celles-ci encourageront la révision et la bonification des services et des mesures de soutien existants à l'intention des aidants membres des familles et la création de nouveaux services et de nouvelles mesures. Elles comprendront des recommandations pour les pourvoyeurs de services et les responsables des orientations politiques sur les types de services et les mesures de soutien que les aidants membres des familles jugent les plus utiles, de même que sur l'inclusion de personnes ayant une maladie mentale et leur famille dans le processus de planification des services.



POURQUOI LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS?

Il est maintenant clair qu'il y a de nombreux défis à relever pour surmonter les problèmes historiques ayant détruit le tissu familial et communautaire et contribué aux problèmes de santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Le Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis travaille à promouvoir la santé mentale en général et à réduire les menaces au bien-être des personnes autochtones vivant dans des réserves ou à l'extérieur de celles-ci.

LE COMITÉ SUR LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS S'EFFORCE DE PARFAIRE LES CONNAISSANCES ET LA COMPRÉHENSION DES QUESTIONS DE SÉCURITÉ CULTURELLE, DE JUSTICE SOCIALE, DE RESPONSABILITÉ ÉTHIQUE ET DE COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE DIVERSITÉ.

SENSIBILISER LES GENS À L'IMPORTANCE DE LA SÉCURITÉ CULTURELLE

Au cours de cet exercice financier, le comité a collaboré avec le Centre d'échange des connaissances de la Commission pour diffuser les résultats obtenus dans le cadre du projet sur la sécurité culturelle.

Ce projet montre comment la sécurité culturelle en tant que valeur, principe et pratique contribue à la hausse des résultats relatifs à la santé mentale chez les individus, les familles et les communautés de diverses cultures grâce à l'accès à des ressources et à des services. Une présentation de ce programme a eu lieu lors de deux événements à l'automne et la recherche de nouveaux partenariats se poursuit.

COMPRENDRE LA TECHNOLOGIE DANS LE BUT DE FAVORISER LE BIEN-ÊTRE

En octobre 2011, la Commission a entériné un projet sur le bien-être mental des jeunes et de la famille présenté par le Comité sur les Premières nations, les Inuits et les Métis. Le Comité doit d'abord déterminer les paramètres du projet.

L'objectif principal de ce projet consiste à cerner le rôle que peuvent jouer les technologies dans la promotion du bien-être mental en milieu urbain, rural ou éloigné.

Le projet déterminera quelles pratiques s'avèrent prometteuses en ce qui a trait aux technologies nouvelles et émergentes (médias sociaux, PhotoVoice, narration numérique, applications mobiles et Internet) pour améliorer le bien-être mental des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis par la promotion de la culture, de l'identité et des liens sociaux.

Le projet est le fruit d'une vision partagée et de la collaboration des comités consultatifs sur les enfants et les adolescents, les Premières nations, les Inuits et les Métis, les systèmes de prestation de services, la santé mentale et la loi et les aidants familiaux.

L'ensemble du travail relatif à ce projet devra être complété en 2013. Il comprendra entre autres une recension des écrits, une analyse de la conjoncture et une évaluation de la faisabilité de l'implantation des initiatives dans un nombre déterminé de communautés rurales ou éloignées dans l'ensemble du Canada.

LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA LOI PROPOSE DES CHANGEMENTS AUX LOIS, AUX POLITIQUES ET AUX SERVICES OFFERTS POUR S'ASSURER QUE LES PERSONNES AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX OU UNE MALADIE MENTALE AIENT ACCÈS À DES SOINS ADAPTÉS À LEUR ÉTAT LORSQU'ELLES ONT À FAIRE AVEC LE SYSTÈME JUDICIAIRE. CES RECOMMANDATIONS ONT POUR BUT DE GARANTIR QUE CES PERSONNES NE SOIENT PAS DISCRIMINÉES SUR LA BASE DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET QU'ELLES SOIENT TRAITÉES SELON LES MESURES LES MOINS RESTRICTIVES POSSIBLES ET LEUR CAPACITÉ DE PRENDRE SOIN D'ELLES-MÊMES.

POURQUOI UN COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA LOI?

Les personnes atteintes de troubles mentaux ou de maladie mentale sont confrontées à des défis particuliers sur le plan légal et sur celui des droits de la personne, non seulement lorsqu'elles doivent composer avec la police, le système judiciaire ou d'autres autorités correctionnelles mais aussi lorsqu'elles cherchent à obtenir des services en santé mentale.

Le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi étudie dans quelle mesure le système judiciaire est outillé pour interagir avec les Canadiens ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et répondre à leurs besoins. Le comité évalue également les répercussions qu'entraîne le fonctionnement du système judiciaire sur les droits de ces personnes.



Des participants issus d'instituts de police et de services policiers, des responsables de contenu pédagogique et des personnes ayant un vécu de la maladie mentale se sont réunis pour discuter des récents résultats de recherche portant sur la formation des policiers en ce qui a trait à la maladie mentale. La Commission a été l'hôte de cette table ronde portant sur la formation des policiers tenue à Toronto, en Ontario. L'événement a coïncidé avec la publication de l'Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle.

Paul Wright

« L'étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle met en évidence la fréquence des interactions entre la police et les personnes ayant une maladie mentale. Nous vous sommes reconnaissants de vouloir transformer les services liés à la santé, à la maladie mentale et à la toxicomanie au Canada. »

Andrea Risk, présidente de la Commission des services policiers de Kingston, en Ontario

AMÉLIORATION DES RÉSULTATS RELATIFS AUX INTERACTIONS AVEC LA POLICE

Le comité a dirigé une étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle (<http://goo.gl/N1fns>) qui a fait appel à plus de deux cents personnes de la Colombie-Britannique. Il s'agit de la première étude au Canada à s'être penchée sur les perceptions qu'ont les personnes ayant une maladie mentale à l'égard de la police dans le contexte de leurs interactions avec elle.

Les résultats indiquent que beaucoup de personnes ayant un vécu de la maladie mentale considèrent avoir des rapports positifs avec les services de police. Ces résultats indiquent également qu'il faudrait offrir plus de formation spécialisée aux policiers et leur fournir des stratégies pour qu'ils puissent mieux interagir dans des situations impliquant des personnes atteintes de maladie mentale. Les participants à l'étude jugent qu'il faut encourager les policiers à faire preuve de plus de compassion, d'empathie et de respect à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux ou d'une maladie mentale.

Les résultats de cette étude ont été divulgués au Canada et ailleurs, notamment à l'occasion de la conférence de l'Association

internationale des chefs de police tenue à Chicago, de la conférence de l'Association internationale des services médico-légaux en santé mentale tenue en Espagne et à la conférence annuelle des psychiatres médico-légaux de la région du Pacifique tenue à Vancouver.

Par ailleurs, le comité a mis au point un modèle de formation et de sensibilisation relatives à la maladie mentale pour les agents de police appelé TEMPO qu'il a présenté ici et à l'étranger, notamment lors de la conférence annuelle des psychiatres médico-légaux de la région du Pacifique, et lors de la conférence de l'Association internationale des chefs de police et du Congrès annuel de la Société canadienne de psychologie.

Le comité poursuit aussi son travail en faveur de la collaboration entre les services de police et les pourvoyeurs de services en santé mentale.

ÉVALUER LA LÉGISLATION CANADIENNE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada rappelle la ratification du Canada de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et constitue une nouvelle référence quant aux lois, politiques et règlements.

En considérant les engagements du Canada relativement à la Convention et les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ou de maladie mentale, le comité a travaillé en partenariat avec l'Association canadienne pour la santé mentale (section de Winnipeg) et le Centre juridique de l'intérêt public de l'Aide juridique du Manitoba pour élaborer un instrument servant à évaluer dans quelle mesure les textes législatifs, politiques et normes de service relatifs à la santé mentale du Canada respectent la Convention. Un rapport sur ce projet sera publié en 2012. L'équipe du projet est présentement à la recherche de partenaires intéressés à mettre l'instrument à l'essai.

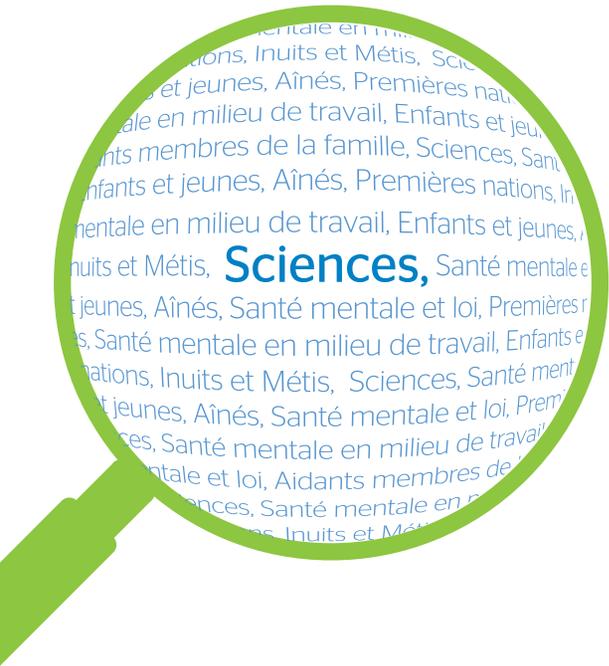
EXAMEN DES TRAJECTOIRES À L'INTÉRIEUR DES SYSTÈMES

Le comité continue d'étudier comment cheminent dans les systèmes judiciaires ou de santé les personnes reconnues non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux placées sous l'autorité d'une commission d'examen provinciale ou territoriale. L'objectif de ce projet consiste à formuler des recommandations de changement sur les plans clinique, organisationnel et législatif et d'apprendre comment le système est perçu et vécu par ces personnes, leur famille, les juristes et les professionnels de la santé mentale partout au Canada.

La collecte de données au Québec, en Colombie-Britannique et en Ontario (où se trouvent la plupart des cas) s'est poursuivie au cours de l'année. Ce projet se terminera en 2013.

SURVEILLANCE D'UNE ÉVENTUELLE DISCRIMINATION

Actuellement, certains services policiers incluent dans leurs dossiers des renseignements portant sur l'état de santé mentale d'une personne. Le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi a émis un communiqué jugeant que cette pratique se prête à la discrimination et à la stigmatisation. Le comité demande qu'une politique nationale traitant de cette question soit instaurée.



POURQUOI UN COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SCIENCES?

La question de la santé mentale est complexe et nécessite d'être envisagée selon divers points de vue.

Le Comité consultatif sur les sciences veille à ce que les travaux de la Commission s'appuient le plus possible sur des données scientifiques et des connaissances fondées sur la recherche. Constitué de certains des plus grands experts canadiens en sciences et en santé mentale, le comité offre une perspective et une compréhension des causes afférentes aux troubles mentaux et aux maladies mentales en prenant en compte l'effet des médicaments, des traitements et des interventions.

LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SCIENCES FOURNIT DES AVIS ET DES CONSEILS STRATÉGIQUES SUR DE NOMBREUX PROJETS DE LA COMMISSION.

AMÉLIORATION DES SERVICES POUR LES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

De concert avec d'autres partenaires, le comité a créé le Centre de ressources multiculturelles en santé mentale. Cette initiative propose des ressources visant l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé mentale pour des personnes provenant de différentes origines culturelles et ethniques dont les immigrants, les réfugiés et les membres de communautés ethnoculturelles établies.

Le site Web du Centre a subi une refonte majeure en 2011 : plusieurs ressources ont été ajoutées, le site a été repensé pour devenir plus convivial, améliorer son fonctionnement et permettre une éventuelle expansion.

Avec l'aide de la Commission, le Centre travaille à mettre au point trois nouvelles ressources pour mieux servir la communauté multiculturelle sur le plan de la santé mentale. La conception de la première ressource, un outil de formation destiné aux pourvoyeurs de services de santé, a commencé en 2011. On prévoit que les trois ressources seront prêtes d'ici 2014.

INTERPRÉTATION ET COLLECTE DES DONNÉES

L'accès à des données de grande qualité et leur utilisation sont les pierres angulaires d'un processus de prise de décision efficace pouvant contribuer à améliorer la vie des personnes ayant une maladie mentale. À cet effet, le paysage de la santé mentale au Canada offre des possibilités intéressantes.

Le Comité consultatif sur les sciences, le Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services et le Centre d'échange des connaissances coordonnent un projet pancanadien qui tiendra informé le projet de la Commission portant sur l'efficacité des systèmes.

Ce projet a pour but d'aider à mieux interpréter les données existantes et à comprendre les mécanismes de collecte de données. Il s'intéresse par exemple au nombre de personnes qui cherchent à obtenir des services en santé mentale chaque année par rapport à celles qui réussissent à en obtenir.

Des aidants, des personnes ayant un vécu de la maladie mentale, des décideurs, des chercheurs et des cliniciens de première ligne sont partenaires de ce projet.

DES LIGNES DIRECTRICES POUR DE MEILLEURS SOINS

On a procédé au lancement des *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens* (<http://goo.gl/OFVvk5>) lors de la réunion de l'Académie canadienne de gériatrie psychiatrique qui a eu lieu à Vancouver en octobre 2011. Depuis lors, les *Lignes directrices* font l'objet de discussions partout au pays dans le but d'influencer les politiques et de favoriser l'amélioration des services en santé mentale pour les aînés. Une version interactive du document a été créée qui inclut plus de cent liens vers d'autres ressources (actuellement disponible en anglais seulement).

La Commission, par l'entremise de son Comité consultatif sur les aînés, s'est officiellement associée à la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et au réseau Canadian Dementia Resource and Knowledge Exchange afin de promouvoir et de diffuser les *Lignes directrices* et de favoriser l'échange d'information sur les questions visant l'état de santé mentale des aînés canadiens.

UN MOYEN DE LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION

Les aînés ayant une maladie mentale peuvent être victimes de stigmatisation sur deux fronts : celle liée au vieillissement et celle liée à la maladie mentale. Les recherches démontrent que les aînés hésitent à chercher de l'aide et à adhérer à des traitements et à des mesures de soutien en raison des actes stigmatisants perpétrés par les professionnels de la santé. Le comité consultatif a donc conçu un cadre conceptuel fondé sur les approches préconisées par l'initiative Changer les mentalités afin de combattre la stigmatisation vécue par les aînés. Cet instrument, qui s'adressera particulièrement aux professionnels de la santé, devrait être disponible en 2013.

« Ayant animé de nombreuses réunions pour les dirigeants nationaux du réseau de soutien par les pairs, je peux personnellement témoigner de la passion, de l'engagement, de la ténacité, de l'effort, de la détermination, de l'énergie, de la ferveur et, j'ose dire, de l'empathie que ces personnes fournissent au travail. »

Karen Liberman, ancienne directrice générale de l'Association des troubles de l'humeur de l'Ontario, maintenant conseillère en santé mentale

UN APPEL À L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE LOGEMENTS

En 2011-2012, le comité a présenté à la Commission son rapport intitulé *Le logement : la clé du rétablissement* (<http://goo.gl/OqOTw>). Ce rapport traite des besoins en matière de logement et de soutien dans la communauté qu'éprouvent les Canadiens ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.

Il recommande la création et le financement de 100 000 unités de logement avec services de soutien au cours des dix prochaines années au Canada.

Voici d'autres recommandations que propose le rapport :

- La Commission devrait préparer le terrain pour que les participants du projet Chez Soi continuent d'avoir accès à un logement et à un soutien axé sur le rétablissement au terme du projet.
- Le gouvernement fédéral devrait continuer de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de traiter la question des logements abordables avec services de soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux.
- La Commission devrait travailler avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour veiller à ce que les stratégies actuelles et futures en santé mentale, élaborées en collaboration avec les Premières nations, les Inuits et les Métis, comprennent des mesures pour améliorer l'approvisionnement en logement et en soutien, ainsi que leur qualité.

Le rapport a été présenté lors de l'assemblée générale annuelle de l'Association canadienne pour la santé mentale à Toronto.

TENDRE LA MAIN À DIVERSES POPULATIONS

Le Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services a continué d'approcher divers groupes culturels et ethniques du Canada pour diffuser le rapport publié en 2009 intitulé *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services* (<http://goo.gl/UHXiz>). Ce rapport, qui vise à encourager les pratiques prometteuses relatives à la promotion de la santé et à l'amélioration des services, sera disponible sur le site de la Commission en cantonais et en pendjabi au cours du prochain exercice financier. Il est actuellement disponible en anglais et en français.



***** L'équipe des leaders en matière de soutien par les pairs s'est réunie à Toronto au début de 2012 pour offrir des conseils au Projet des pairs de la Commission.

Rangée du haut (gauche à droite) : Ella Amir, Ph. D., Chris Summerville, Diana Capponi, Eugene Leblanc, Karon-Ann Parsons, Frances Skerritt, Roy Muise, Donna Hardaker et Brian Eaton

Rangée du bas (gauche à droite) : Lieutenant-colonel Stéphane Grenier, Sandy Palinski, Rachel Thibeault, Ph. D., Karen Liberman, Patrick Raymond, Debbie Sesula, Debbie Wiebe et Kim Sunderland

PROMOUVOIR LE RECOURS AU SOUTIEN PAR LES PAIRS

Le soutien par les pairs est efficace parce que les personnes ayant un vécu de la maladie mentale peuvent offrir du soutien, de l'encouragement et de l'espoir à d'autres lorsqu'elles font face à des situations similaires. Le soutien par les pairs peut provenir de partout où l'on en a besoin : organismes gérés par des pairs, milieux de travail, écoles ou établissements de soins de santé.

On reconnaît qu'il existe diverses façons d'offrir un soutien par les pairs au Canada et qu'il n'y a pas d'approche universelle.

En se fondant sur le rapport de 2010 du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services, *Faire avancer la cause du soutien par les pairs* (<http://goo.gl/I4LPZ>), la Commission a lancé le Projet des pairs pour accroître l'utilisation du soutien par les pairs en élaborant des directives de pratique nationales. Ce projet est mené par des pairs aidants de partout au Canada.

On a organisé des consultations à l'échelle nationale et formé un groupe comptant des leaders régionaux de soutien par les pairs de la plupart des provinces et territoires. Ce groupe, qui joue un rôle conseil, a été essentiel dans l'avancement du projet et dans la compréhension de la situation et des besoins du soutien par les pairs au Canada.



SENSIBILISATION AU SOUTIEN PAR LES PAIRS

Le Projet des pairs de la Commission a organisé une série de rencontres à Ottawa au cours de la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales afin d'obtenir du soutien et de mieux faire connaître le soutien par les pairs dans les milieux de travail. Étaient présents aux rencontres des gens du milieu des affaires, de la fonction publique, des autorités chargées d'appliquer la loi, ainsi que des secteurs de l'éducation, des services sociaux et des services de santé.

Lors d'un événement spécial, des discours ont été prononcés par la présidente et directrice générale de la Commission, Louise Bradley; le chef d'équipe du Projet des pairs, Stéphane Grenier; l'honorable Michael Kirby, président du conseil d'administration de la Commission; et Karen Liberman, ancienne directrice générale de l'Association des troubles de l'humeur de l'Ontario qui a parlé de son vécu avec la maladie mentale.

Un événement connexe a eu lieu en Alberta à l'occasion du lancement du Cercle du lieutenant-gouverneur sur la maladie mentale et les dépendances. Cet événement s'est déroulé en présence de l'honorable Donald S. Ethell, colonel à la retraite et lieutenant-gouverneur de l'Alberta, et du sénateur Roméo Dallaire, fervent défenseur du soutien par les pairs.

Les liens ci-dessous mènent aux présentations (en anglais) qui ont eu lieu lors de la rencontre du Projet des pairs de la Commission à Ottawa, le 5 octobre 2011 :

Stéphane Grenier (<http://goo.gl/xLaKj>), chef d'équipe du Projet des pairs, a souligné l'importance de préserver la simplicité et l'authenticité du soutien par les pairs quel que soit le milieu dans lequel il se manifeste.

Selon le sénateur Roméo Dallaire (<http://goo.gl/YpJ3k>), défenseur du soutien par les pairs, il ne faut pas négliger les familles quand il est question de troubles mentaux ou de maladies mentales et la solution est fondamentalement fondée sur le soutien par les pairs.

Karen Liberman (<http://goo.gl/DPfe5>), qui a été directrice générale de l'Association des troubles de l'humeur de l'Ontario, se porte à la défense du soutien par les pairs et a rappelé à tous pourquoi les pairs aidants sont si dévoués au travail.

Le président du conseil d'administration de la Commission de la santé mentale du Canada, l'honorable Michael Kirby (<http://goo.gl/DPfe5>) a souligné l'importance du soutien par les pairs.

Santé mentale en milieu de travail

POURQUOI LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL?

Au Canada, les troubles mentaux et les maladies mentales constituent la principale cause d'invalidité de courte et de longue durée dans les milieux de travail et sont à la base de répercussions financières et personnelles considérables.

Le Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail élabore des outils destinés à améliorer la santé mentale des employés en mettant l'accent sur la prévention. Le comité cherche également à abolir les barrières dans la mesure où celles-ci touchent la réintégration du marché du travail, la recherche d'emploi, l'obtention d'un revenu stable et le développement des compétences.

LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL AIDE LES EMPLOYEURS À CHANGER ET À AMÉLIORER LEURS FAÇONS DE PROTÉGER LA SANTÉ MENTALE DU PERSONNEL DANS LE BUT DE MIEUX PRÉVENIR LES TROUBLES MENTAUX ET LA MALADIE MENTALE.



* La présidente et directrice générale de la Commission, Louise Bradley, discute de l'évolution de la norme nationale du Canada, *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail*, lors d'un événement tenu à Ottawa. La norme sera publiée en 2012.

Cynthia Münster

AIDE AUX EMPLOYEURS DÉSIRANT PASSER À L'ACTION

Cette année, le comité a procédé au lancement d'un outil destiné à aider les employeurs qui envisagent de mettre en place des politiques pour favoriser la santé psychologique dans les milieux de travail.

Le document *Santé et sécurité psychologiques : Guide de l'employeur* (<http://goo.gl/16zVm>), offert sans frais, propose une série d'étapes et vingt-quatre mesures applicables dans tous les milieux de travail du Canada quels que soient leur taille, leur secteur d'activité ou leur localisation.

Ce guide a été conçu à l'intention des milieux de travail canadiens qui reconnaissent l'importance de protéger la santé psychologique de leurs employés mais qui ne savent pas exactement par où commencer.

Il aidera également les employeurs à se préparer à mettre en application la future norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail.

Le guide a été élaboré par Merv Gilbert, Ph. D., et Dan Bilsker, Ph. D., avec la collaboration du Centre de recherche appliquée en santé mentale et en toxicomanie de l'université Simon Fraser.

ÉVOLUTION DE LA NORME VOLONTAIRE

Le Comité et ses partenaires ont beaucoup progressé dans leur démarche de création de la norme nationale du Canada, *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail*. Une ébauche de cette norme a été publiée pour examen public en novembre 2011. La version finale intégrera les commentaires obtenus.

On prévoit publier d'ici la fin de 2012 cette norme dont l'application est volontaire. Grâce à ses lignes directrices, elle permettra aux employeurs de mettre en place des milieux de travail sains et sécuritaires sur le plan de la santé mentale et d'y apporter des améliorations continues. Elle vise principalement à simplifier un sujet complexe pour que les employeurs puissent prévenir les dommages psychologiques, réduire les risques psychologiques et favoriser la création d'un milieu de travail plus favorable à la santé mentale.

La norme s'harmonisera avec les normes connexes actuelles ou en cours de rédaction.

ARGUMENTS JURIDIQUES EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION

Le Comité a publié le dernier d'une série de trois rapports qui se penchent sur l'éventualité d'une bataille juridique concernant les employeurs qui négligent d'assurer le maintien d'un milieu de travail sécuritaire sur le plan psychologique.

Les rapports ont été préparés par Martin Shain, Ph. D., de l'université de Toronto. Le plus récent, *La route vers la sécurité psychologique : Fondements juridiques, scientifiques et sociaux d'une norme nationale sur la santé psychologique en milieu de travail*, (<http://goo.gl/4R2jP>), traite des risques qu'occasionnent les problèmes psychologiques au travail et de l'effet que pourrait avoir une norme nationale sur la sécurité sur la protection de la santé mentale.

SOUTIEN AUX PERSONNES À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI

Au Canada, un nombre démesuré de personnes ayant une maladie mentale grave sont sans emploi et celles qui font appel à un programme temporaire de soutien du revenu pour invalidité sont de plus en plus nombreuses.

L'un des projets de la Commission traite des raisons qui empêchent ces personnes d'occuper un emploi et vise à trouver des solutions à cette situation. Au cours de la dernière année, le Comité a soumis un rapport à la Commission dans lequel on trouve un inventaire des mesures d'aide à l'emploi au Canada, un aperçu des programmes provinciaux en matière d'invalidité et d'incitatifs à l'emploi, ainsi qu'une analyse conjoncturelle des entreprises mises sur pied pour pallier les difficultés qu'éprouvent les personnes ayant des troubles mentaux sur les plans économique et de l'emploi.

Ce rapport est en cours de révision et devrait être publié d'ici la fin du prochain exercice.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lorraine Janet Breault, Ph. D.

Université de l'Alberta
Alberta

François Borgeat, M.D.

Hôpital Louis-H. Lafontaine
Québec

Patrick Dion

Fonction publique de l'Ontario
Ontario

Madeleine Dion Stout

Dion Stout Reflections Inc.
Colombie-Britannique

Dan Florizone

Fonction publique de la
Saskatchewan
Saskatchewan

**David Goldbloom, M.D. (vice-
président)**

Centre de toxicomanie et de santé
mentale
Ontario

Dana Heide

Fonction publique des Territoires
du Nord-Ouest
Territoires du Nord-Ouest

Mark Henick

Nouvelle-Écosse

Michael Kirby (président)

Ontario

Jeannette Leblanc

Nouveau-Brunswick

Kevin McNamara

Fonction publique de la Nouvelle-
Écosse
Nouvelle-Écosse

James A. Morrissey

Ontario

Peter Ralph

Simmonds and Partners Defence
Terre-Neuve-et-Labrador

**Fern Nancy Stockdale Winder,
Ph. D. (vice-présidente)**

Régie régionale de santé de
Saskatoon
Saskatchewan

Chris Summerville

Société canadienne de la
schizophrénie
Manitoba

Milton Sussman

Fonction publique du Manitoba
Manitoba

Manitok Thompson

Nunavut

Glenda Yeates

Santé Canada
Ontario

Remarque : Certaines personnes n'ont pas siégé jusqu'au terme de l'année financière.

ÉQUIPE DE DIRECTION

Jayne Barker, Ph. D.

Vice-présidente, Santé mentale et itinérance, Politiques et recherche

Louise Bradley

Présidente et directrice générale

Geoff Couldrey

Premier vice-président

Cameron Keller

Vice-président, Santé mentale et itinérance

Michelle McLean

Vice-présidente, Affaires publiques

Jeff Moat

Vice-président, Partenaires pour la santé mentale

Nathalie Pichette

Directrice des finances

Lawrence Green

Directeur des finances

Remarque : Certaines personnes n'ont pas occupé leur poste jusqu'au terme de l'année financière.

PRÉSIDENTS DES COMITÉS CONSULTATIFS

ENFANTS ET JEUNES

Simon Davidson, M.D.

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Nancy Reynolds

Alberta Centre for Child, Family and Community Research

AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE

Ella Amir, Ph. D.

AMI-Québec

PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS

Mike DeGagné

SANTÉ MENTALE ET LOI

Patrick Baillie, Ph. D.

Alberta Health Services and Calgary Police Service

Edward F. Ormston

Cour de justice de l'Ontario

SCIENCES

Elliot Goldner, M. D.

Université Simon Fraser

AÎNÉS

Marie-France Tourigny-Rivard, M.D.

Université d'Ottawa

SYSTÈMES DE PRESTATION DE SERVICES

Steve Lurie

Association canadienne pour la santé mentale, filiale torontoise

SANTÉ MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL

Ian Arnold, M.D.

Consultant en matière de gestion de la santé, de la sécurité et de l'environnement

Charles J. Bruce

Fonds fiduciaire de la fonction publique de la Nouvelle-Écosse pour les invalidités de longue durée

Remarque : Certaines personnes n'ont pas siégé jusqu'au terme de l'année financière.

ÉTATS FINANCIERS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

Exercice clos le 31 mars 2012



RAPPORT DES AUDITEURS INDÉPENDANTS AUX MEMBRES

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de la Commission de la santé mentale du Canada, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, les états des résultats et de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes, qui comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION POUR LES ÉTATS FINANCIERS

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

RESPONSABILITÉ DES AUDITEURS

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève de notre jugement, et notamment de notre évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou

d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, nous prenons en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

OPINION

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de la Commission de la santé mentale du Canada au 31 mars 2012, ainsi que de ses résultats d'exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Comptables agréés

KPMG s.r.l. / SENCRL

Le 12 juin 2012

Calgary, Canada

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Au 31 mars 2012, avec chiffres correspondants de 2011

	2012	2011
ACTIF		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie	13 353 895 \$	4 480 515 \$
Dépôts à court terme	7 964 495	2 204 822
Avances relatives à des contrats	402 018	2 881 345
Débiteurs	456 244	654 120
TPS à recevoir	816 482	377 595
Dépôts et charges payées d'avance	109 628	149 526
Stocks	55 373	52 985
Placements (note 3)	17 654 091	43 463 346
	40 812 226	54 264 254
Placements à long terme (note 3)	-	18 884 861
Immobilisations (note 4)	1 606 477	1 711 705
	42 418 703 \$	74 860 820 \$

	2012	2011
PASSIF ET ACTIF NET		
Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	5 172 089 \$	6 967 591 \$
Frais de programme reportés	33 075	28 024
Apports reportés - exploitation (note 5)	34 616 890	36 558 756
	39 822 054	43 554 371
Apports reportés afférents aux immobilisations (note 6)	1 606 477	1 711 705
Apports reportés - exploitation (note 5)	-	29 479 012
Actif net	990 172	115 732
Engagements (note 7)		
	42 418 703 \$	74 860 820 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Au nom du conseil,



Patrick Dion



David Goldbloom

ÉTAT DES RÉSULTATS ET DE L'ÉVOLUTION DE L'ACTIF NET

Exercice clos le 31 mars 2012, avec chiffres correspondants de 2011

	2012	2011
Produits		
Subventions (note 5)	47 582 964 \$	42 755 781 \$
Produits tirés des premiers soins en santé mentale	1 132 273	792 855
Intérêts et autres produits	145 854	67 465
	<u>48 861 091</u>	<u>43 616 101</u>
Charges		
Services directs aux clients (note 9)	26 556 596	24 575 370
Salaires et charges sociales	9 241 157	7 967 485
Services	7 164 133	6 193 042
Déplacements	2 168 147	2 411 421
Loyer	908 913	673 791
Réunions et activités	615 360	595 834
Documents	932 893	754 347
Amortissement des apports reportés afférents aux immobilisations	399 452	392 696
	<u>47 986 651</u>	<u>43 563 986</u>
Excédent des produits sur les charges	874 440	52 115
Actif net à l'ouverture de l'exercice	115 732	63 617
	<u>Actif net à la clôture de l'exercice</u>	<u>Actif net à la clôture de l'exercice</u>
	990 172 \$	115 732 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

ÉTATS DES FLUX DE TRÉSORERIE

Exercice clos le 31 mars 2012, avec chiffres correspondants de 2011

	2012	2011		2012	2011
Flux de trésorerie liés aux activités suivantes :			Activités d'investissement		
Activités d'exploitation			Rachat de placements		
Excédent des produits sur les charges	874 440 \$	52 115 \$	Achat de dépôts à court terme		
Éléments sans incidence sur la trésorerie			Achat d'immobilisations		
Amortissement des apports reportés afférents aux immobilisations (note 6)	(399 452)	(392 696)	Apports reportés afférents aux immobilisations		
Amortissement	399 452	392 696	38 934 443		
	874 440	52 115	25 501 920		
Variation nette des soldes hors caisse du fonds de roulement			Activités de financement		
Avances relatives à des contrats	2 479 327	(1 178 734)	Apports reportés		
Débiteurs	197 876	325 765	(31 420 878)		
TPS à recevoir	(438 887)	(161 515)	Augmentation (diminution) nette de la trésorerie et des équivalents de trésorerie au cours de l'exercice		
Dépôts et charges payées d'avance	39 898	51 567	8 873 380		
Stocks	(2 388)	(52 985)	Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice		
Créditeurs et charges à payer	(1 795 502)	3 739 292	4 480 515		
Frais de programme reportés	5 051	15 803	Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice		
	1 359 815	2 791 308	13 353 895 \$		
			4 480 515 \$		
			Informations supplémentaires sur les flux de trésorerie		
			Intérêts reçus		
			122 919 \$		
			41 401 \$		

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

NOTES AFFÉRENTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Exercice clos le 31 mars 2012

1. Description des activités

La Commission de la santé mentale du Canada (la « Commission ») a été constituée en vertu de la *Loi sur les corporations canadiennes* le 26 mars 2007. Le mandat de la Commission est le suivant :

- a) faciliter et diriger le processus d'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale au Canada;
- b) mettre sur pied un centre pancanadien d'échange des connaissances donnant accès à de l'information vérifiée à propos de la santé mentale et de la maladie mentale aux gouvernements, aux pourvoyeurs, aux chercheurs et au grand public, et qui permettra à des personnes de partout au Canada de s'engager dans toute une gamme d'activités de collaboration;
- c) élaborer et mettre en œuvre une initiative échelonnée sur dix ans pour réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale et éliminer la discrimination envers les personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale;
- d) mener une recherche pertinente et « multisite » permettant de mieux comprendre l'efficacité et les coûts des interventions des services et du réseau qui aident les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux à acquérir une stabilité résidentielle et à améliorer leur santé et leur bien être.

La Commission est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et, par conséquent, est exonérée d'impôt sur le revenu.

Le financement de la Commission provient d'ententes d'apport (« ententes de financement ») avec Santé Canada. La première entente prévoit un financement de 110 millions de dollars sur cinq ans se terminant le 31 mars 2013. Comme il a été mentionné au point d) ci-dessus, cette initiative a pour objectif d'étudier les meilleures pratiques d'intervention auprès des personnes itinérantes ayant des troubles mentaux. Les autres ententes, qui

prévoient des apports de 5,5 millions de dollars jusqu'au 31 mars 2008 et de 124,5 millions de dollars sur neuf ans se terminant le 31 mars 2017, ont trait aux autres activités décrites ci-dessus. Les apports sont soumis aux conditions énoncées dans les ententes de financement.

2. Principales méthodes comptables

- a) Présentation des états financiers
Les présents états financiers ont été dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.
- b) Constatation des produits
La Commission applique la méthode du report pour la comptabilisation des apports.

Les apports affectés sont constatés à titre de produits dans l'exercice au cours duquel sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant devant être reçu peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa perception est raisonnablement assurée. Les présents états financiers tiennent compte des ententes approuvées par Santé Canada en ce qui concerne l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les intérêts créditeurs sur les placements sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Les revenus de placement affectés sont constatés à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. Les revenus de placement non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont gagnés.

La Commission touche des produits provenant de services qui ont trait à des formations sur les premiers soins. Les frais payés avant la prestation des services sont reportés, puis constatés au cours de la période à laquelle le service est rendu.

- c) **Trésorerie et équivalents de trésorerie**
La trésorerie et les équivalents de trésorerie regroupent les montants déposés auprès d'institutions financières et dans des comptes de fonds communs de placement portant intérêt et dont les échéances sont inférieures à trois mois.
- d) **Dépôts à court terme**
Les dépôts à court terme se composent de montants détenus dans des placements à court terme portant intérêt et dont les échéances sont inférieures à douze mois.
- e) **Stocks**
Les stocks sont comptabilisés au plus faible du coût et de la valeur de réalisation nette, le coût étant déterminé selon la méthode du premier entré, premier sorti.
- f) **Avances relatives à des contrats**
Les avances relatives à des contrats découlent des engagements pris envers des pourvoyeurs de services en application des contrats de services directs qui ont trait à l'initiative de recherche de la Commission à l'intention des personnes itinérantes ayant des troubles mentaux relativement aux services à fournir.
- g) **Immobilisations**
Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative, comme suit :

Actifs	Durée de vie utile
Infrastructure des TI	5 ans
Logiciels	2 ans
Matériel de bureau	5 ans
Mobilier	5 ans
Améliorations locatives	sur la durée du bail

- h) **Instruments financiers**
Tous les instruments financiers sont initialement constatés à leur juste valeur, à l'état de la situation financière. La Commission a classé chaque instrument financier selon les catégories suivantes : actifs financiers et passifs financiers détenus à des fins de transaction, prêts et créances, placements détenus jusqu'à l'échéance, actifs financiers disponibles à la vente et autres passifs financiers. L'évaluation ultérieure des instruments financiers est fonction de leur classement.

Concernant les instruments financiers détenus à des fins de transaction, les gains et les pertes réalisés sont comptabilisés dans le résultat net. Concernant les actifs disponibles à la vente, les gains et les pertes sont comptabilisés dans l'actif net et transférés dans le résultat net à la décomptabilisation des actifs. Les placements détenus jusqu'à l'échéance et les instruments financiers classés dans les autres catégories sont comptabilisés au coût après amortissement au moyen de la méthode du taux d'intérêt effectif.

Les instruments financiers de la Commission se composent de la trésorerie et des équivalents de trésorerie, des débiteurs, des placements et des créditeurs et charges à payer. Sauf indication contraire, au 31 mars 2012, il n'existait aucune différence importante entre la valeur comptable et la juste valeur marchande estimative de ces instruments.

La trésorerie et les équivalents de trésorerie de la Commission sont classés comme étant détenus à des fins de transaction, les débiteurs sont classés comme des prêts et créances, les placements sont classés comme étant détenus jusqu'à l'échéance et les créditeurs et charges à payer sont classés comme autres passifs.

i) Recours à des estimations

La préparation des états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur la valeur comptable des actifs et des passifs, sur les informations relatives aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la valeur comptable des produits et des charges de la période visée. Les estimations importantes ont trait à l'évaluation des avances relatives à des contrats et des débiteurs, ainsi qu'à la recouvrabilité et à la durée de vie utile des immobilisations. Les résultats réels pourraient donc différer de ces estimations.

j) Prises de position comptables futures

En décembre 2010, le Conseil des normes comptables du Canada (le « CNC ») a publié de nouvelles normes comptables qui auront une incidence sur le référentiel d'information financière qui s'appliquera aux organismes sans but lucratif. Le CNC propose que les organismes sans but lucratif choisissent l'une des deux options suivantes pour la présentation de leurs résultats financiers :

- i. les Normes comptables pour les organismes sans but lucratif et les Normes comptables pour les entreprises à capital fermé;
- ii. les Normes internationales d'information financière.

Ces normes s'appliquent aux exercices ouverts à compter du 1er janvier 2012. La Commission a décidé d'adopter les Normes comptables pour les organismes sans but lucratif et les Normes comptables pour les entreprises à capital fermé pour l'exercice ouvert le 1^{er} avril 2012. La direction évalue actuellement l'incidence de l'adoption de ces normes sur les états financiers futurs.

3. Placements

Les placements se composent d'obligations à revenu fixe émises par le gouvernement du Canada, des sociétés d'État et des gouvernements provinciaux venant à échéance dans la prochaine année. Les rendements de ces placements varient de 1,7 % à 2,0 % (de 1,02 % à 2,13 % en 2011). La juste valeur des placements au 31 mars 2012 était de 17 727 521 \$ (60 661 072 \$ en 2011).

4. Immobilisations

	2012		2011	
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Infrastructure des TI	492 711 \$	193 724 \$	298 987 \$	102 181 \$
Logiciels	202 762	198 781	3 981	13 314
Matériel de bureau	217 717	112 474	105 243	148 787
Mobilier	576 063	290 904	285 159	400 371
Améliorations locatives	1 603 118	690 011	913 107	1 047 052
	3 092 371 \$	1 485 894 \$	1 606 477 \$	1 711 705 \$

5. Apports reportés liés aux activités d'exploitation

Les apports reportés comprennent le financement lié aux activités d'exploitation reçu au cours de l'exercice considéré ou des exercices précédents et destiné à couvrir les charges d'exploitation d'exercices futurs et des apports affectés se rattachant aux conditions énoncées dans les ententes de financement de Santé Canada. Les variations du solde des apports reportés se présentent comme suit :

	2012	2011
Solde à l'ouverture de l'exercice	66 037 768 \$	94 399 231 \$
Subventions reçues	16 056 858	15 535 000
Moins le montant constaté à titre de produits	(47 582 964)	(42 755 781)
Montants liés aux apports reportés afférents aux immobilisations	105 228	(985 284)
Autres ajustements	-	(155 398)
Solde à la clôture de l'exercice	34 616 890	66 037 768
Tranche à moins de un an	34 616 890	36 558 756
	- \$	29 479 012 \$

6. Apports reportés afférents aux immobilisations

Les apports reportés comprennent la fraction non amortie des apports afférents aux immobilisations se rattachant aux conditions énoncées dans les ententes de financement de Santé Canada.

Les variations au cours de l'exercice du solde des apports reportés afférents aux immobilisations se présentent comme suit :

	2012	2011
Solde à l'ouverture de l'exercice	1 711 705 \$	726 421 \$
Apports afférents aux immobilisations	294 224	1 377 980
Montants amortis	(399 452)	(392 696)
Solde à la clôture de l'exercice	1 606 477 \$	1 711 705 \$

7. Engagements

La Commission loue des locaux en vertu de contrats de location-exploitation qui viennent à échéance en 2016. Les paiements minimums exigibles annuellement en vertu des baux jusqu'à leur échéance sont les suivants :

2013	812 946 \$
2014	456 438
2015	384 379
2016	252 425
	1 906 188 \$

La Commission a conclu des contrats visant des services et de la recherche liés à son initiative axée sur les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux, de même que des contrats liés à des projets qui soutiennent d'autres initiatives qui seront achevées d'ici 2014. Les obligations découlant de ces contrats se présentent comme suit :

2013	30 107 103 \$
2014	782 543
	30 889 646 \$

Au 31 mars 2012, la Commission a convenu d'engager un montant de néant (164 056 \$ en 2011) en dépenses en immobilisations.

8. Indemnisation

La Commission a indemnisé ses administrateurs, dirigeants et salariés actuels et indemniser ses administrateurs, dirigeants et salariés futurs à l'égard de toutes les dépenses ou de tous les autres montants exigibles en vertu d'un jugement raisonnable réellement engagés en rapport avec une action, une poursuite ou une procédure découlant de leurs services, dans la mesure où ils ont agi honnêtement et de bonne foi dans le meilleur intérêt de la Commission. La nature de l'indemnisation ne permet pas à la Commission d'estimer raisonnablement le risque maximal auquel elle est exposée. La Commission a souscrit une assurance pour ses administrateurs et ses dirigeants afin de se conformer à cette obligation d'indemnisation.

9. Services directs aux clients

Les services directs aux clients ont trait à l'initiative de recherche de la Commission à l'intention des personnes itinérantes ayant des troubles mentaux.

10. Instruments financiers et risques connexes

Justes valeurs

À l'exception des placements classés comme étant détenus jusqu'à l'échéance, la juste valeur des actifs et des passifs financiers se rapproche de leur valeur comptable en raison de l'échéance imminente ou de la nature à court terme de ces actifs et passifs financiers ou de leurs conditions respectives.

Gestion des risques

La Commission est exposée aux risques suivants du fait qu'elle détient des instruments financiers.

i) Risque de crédit

L'exposition de la Commission au risque de crédit s'entend de la possibilité de subir une perte financière dans le cadre d'une opération par suite du manquement d'une contrepartie à l'un de ses engagements contractuels.

Le risque de crédit de la Commission découle des sommes à recevoir d'un autre organisme. La concentration du risque de crédit résulte de l'exposition à un débiteur unique ou à un groupe de débiteurs présentant des caractéristiques communes de sorte que des changements d'ordre économique, politique ou autre influeraient de façon similaire sur leur capacité de remplir leurs obligations contractuelles. La Commission surveille le risque de crédit en évaluant la recouvrabilité des montants. Un montant de 456 244 \$ (654 120 \$ en 2011) inclus dans les débiteurs à la clôture de l'exercice a trait aux intérêts courus et à d'autres sommes à recevoir.

La Commission est exposée au risque de crédit sur ses placements et sur sa trésorerie. Elle gère ce risque en s'assurant de respecter les exigences de son entente de financement conclue avec Santé Canada. Conformément à cette entente, tous les placements sont des obligations de qualité supérieure assorties d'une cote d'au moins « A ». La Commission a déterminé que le risque de crédit maximal pour les débiteurs était de néant (néant en 2011), étant donné que le solde se compose principalement d'intérêts courus à recevoir d'obligations de qualité supérieure assorties d'une cote d'au moins « A ».

La trésorerie et les équivalents de trésorerie sont composés de soldes bancaires et de dépôts à court terme auprès de grandes institutions financières solvables.

ii) Risque de marché

La Commission est exposée au risque de marché sur ses placements. Elle gère ce risque en achetant des placements dont l'échéance coïncide avec les besoins prévus de trésorerie. La détention des placements jusqu'à l'échéance vise essentiellement à éliminer ce risque.

iii) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt découle de la trésorerie et des équivalents de trésorerie de même que des placements. La Commission y est exposée en raison de la variation des taux d'intérêt bancaires.

La Commission ne couvre pas l'exposition à ce risque, qu'elle juge minimale. Toute variation de 1 % du taux d'intérêt bancaire donne

lieu à une variation annuelle de 133 539 \$ (44 805 \$ en 2011) des intérêts créditeurs.

La Commission est exposée au risque de taux d'intérêt sur ses placements. Elle gère ce risque en achetant des placements à taux d'intérêt fixe. Comme la Commission a l'intention de détenir ces placements jusqu'à leur échéance, les fluctuations des taux d'intérêt n'auront pas d'incidence sur la façon dont elle gère ces placements.

11. Gestion du capital

La Commission considère que la trésorerie et les équivalents de trésorerie ainsi que ses placements constituent son capital. La direction et le conseil d'administration surveillent régulièrement le capital, en analysant les comparaisons des résultats réels aux résultats budgétés.

12. Chiffres correspondants

Certains des chiffres correspondants ont été reclassés pour que leur présentation soit conforme à la présentation adoptée pour l'exercice à l'étude.

RÉPARTITION DES CHARGES POUR LE VOLET ITINÉRANCE

Exercice clos le 31 mars 2012

	2012
Charges ventilées par objet de coût :	
Services directs aux clients	26 556 596 \$
Salaires et charges sociales (remarque 1)	1 527 164
Services	1 430 589
Déplacements	513 547
Loyer	94 723
Réunions et activités	201 403
Documents	40 514
Administration	2 428 358
	32 792 894 \$

Remarque 1 : Les salaires et charges sociales des initiatives relatives à l'itinérance incluent un montant de 170 703 \$ affecté à la rémunération de l'équipe de gestion en 2012.

COORDONNÉES

BUREAU DE CALGARY

10301, Southport Lane SO, bureau
800

Calgary (Alberta) T2W 1S7

Tél. : 403 255-5808

Télééc. : 403 385-4044

info@commissionsantementale.ca

www.commissionsantementale.ca

BUREAU D'OTTAWA

Commission de la santé mentale du
Canada

100, rue Sparks, bureau 600
Ottawa (Ontario) K1P 5B7

Tél. : 613 683-3755

Télééc. : 613 798-2989



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada