

PARTIE V

Leadership fédéral

CHAPITRE 13: LE RÔLE DIRECT DU FÉDÉRAL

[...] lancer[...] et coordonner[...] des activités dans l'ensemble des ministères fédéraux pour s'acquitter des responsabilités fédérales à l'égard de populations précises relevant de sa compétence immédiate. — Le Dr Albert Schumacher, président, Association médicale canadienne¹

Le gouvernement fédéral est responsable des programmes et services de santé mentale offerts à sept groupes de clients. Pour chacun de ces groupes, le présent chapitre donne une description détaillée des pouvoirs du fédéral et de l'éventail de programmes et services fédéraux en place dans les secteurs de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. On trouvera également dans ce chapitre une évaluation des besoins de chaque groupe, et un commentaire sur la situation de chacun.

À la connaissance du Comité, c'est la première fois qu'est entreprise une telle évaluation des besoins de santé mentale des groupes de clients qui relèvent de la compétence fédérale. Par conséquent, après avoir examiné la situation de chaque groupe, le Comité examinera le fait même que le gouvernement fédéral soit responsable des besoins de santé mentale du plus d'un million de Canadiens qui relèvent de sa compétence. En conclusion de ce chapitre, le Comité propose quelques éléments d'une approche intégrée visant à améliorer les résultats des interventions de santé mentale menées auprès des divers groupes qui forment la clientèle fédérale.

Pour faciliter la lecture de ce long chapitre, le tableau suivant donne un bref aperçu du contenu de chaque section, chacune portant sur un groupe de clients. Chaque groupe y est identifié, de même que le ministère fédéral dont il relève, ainsi que les activités de santé qui lui sont offertes.

Tableau 1 : Aperçu des groupes de clients qui relèvent du fédéral

Groupe de clients	Ministère fédéral	Activités de santé mentale
Premières nations et Inuits (13.1)	Santé Canada	Soins de santé communautaires aux Premières nations qui vivent dans des réserves; Médicaments non assurés et interventions d'urgence en situation de crise aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus; Centres de traitement de la toxicomanie.
	Affaires indiennes et du Nord Canada	Services de base aux Premières nations des réserves et aux communautés inuites : éducation, soutien du revenu, logement, prévention de la violence familiale.

¹ 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Groupe de clients	Ministère fédéral	Activités de santé mentale
Délinquants sous responsabilité fédérale (13.2)	Service correctionnel Canada	Services de base : évaluation infirmière à l'accueil; admission au centre de traitement si nécessaire et si possible; services généraux en établissement hospitalier; Services essentiels lorsqu'en centre correctionnel communautaire; services de santé non assurés si approuvés.
Forces armées canadiennes (13.3)	Défense nationale	Services de santé mentale non urgents en clinique externe à la clinique de la base, au centre de santé ou en groupes de soutien; Soins spécialisés payés à la province; aiguillage vers centres de soutien en cas de stress post-traumatique.
Anciens combattants (13.4)	Anciens Combattants Canada	Services de soins de santé communautaires au-delà des limites des régimes provinciaux ou territoriaux; Soins institutionnels à Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) et autres hôpitaux liés par contrat dans les provinces; Services conjoints avec MDN en cas de stress post-traumatique.
GRC (13.5)	GRC	Services généraux offerts au sein de la division régionale pour garantir la capacité physique et mentale nécessaire à l'exercice des fonctions; Recours aux services provinciaux sur autorisation.
Immigrants et réfugiés (13.6)	Citoyenneté et Immigration Canada	Services de santé mentale essentiels et d'urgence (médecin, hôpital, médicaments) pour ceux qui ne peuvent payer.
Employés de la fonction publique (13.7)	Conseil du Trésor	Services et autres avantages non couverts par les régimes provinciaux/territoriaux; Services de consultation et soutien des employés.

D'entrée de jeu, le Comité affirme qu'il s'attend du gouvernement fédéral de même que des gouvernements provinciaux et territoriaux qu'ils garantissent aux clients qui relèvent d'eux l'accès aux transformations du système déjà indiquées au chapitre 5. Autrement dit, le Comité compte bien que les Premières nations et les Inuits, les délinquants sous responsabilité fédérale, les membres des Forces canadiennes, les anciens combattants, les membres de la GRC, les immigrants et réfugiés et les employés de la fonction publique soient inscrits d'emblée dans un système de santé mentale axé sur la guérison, centré sur la personne, implanté en milieu communautaire, et pleinement intégré tant du point de vue de l'éventail de soins que des groupes d'âge.

Le Comité se réjouit de constater que plusieurs ministères et organismes fédéraux sont déjà orientés en ce sens. Certains ministères offrent des services de prise en charge et font appel à un plus grand éventail de fournisseurs de services provinciaux de santé mentale. D'autres misent sur l'amélioration des facteurs déterminants de la santé mentale comme le logement, l'emploi et l'ensemble des besoins sociaux. Quelques ministères et organismes travaillent en collaboration les uns avec les autres, et avec leurs homologues des provinces et territoires, dans le cadre d'initiatives de santé mentale.

13.1 LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Les Inuits sont heureux de l'engagement pris par le fédéral envers un renouvellement de la relation. Nous estimons important un engagement plus marqué en faveur d'une stratégie de défense de la santé mentale propre aux Inuits. —Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits, Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami²

Un plan d'action conjoint et une stratégie du bien-être entre le gouvernement fédéral et les Premières nations résoudraient immédiatement la crise de la santé mentale d'une façon collaborative, globale et pertinente sur le plan culturel. —Valerie Gideon, directrice du Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières nations³

13.1.1 La compétence fédérale

Dans l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, 1867, le paragraphe 91(24) confie la responsabilité législative « des Indiens et des terres réservées aux Indiens » à la compétence exclusive du Parlement fédéral. Le Parlement, à son tour, a promulgué la *Loi sur les Indiens* qui établit les critères qui définissent un « Indien inscrit » ainsi que le cadre juridique des responsabilités fédérales. Une décision de la Cour suprême, rendue en 1939, a déterminé que les Inuits (qu'on appelait alors Eskimos) étaient des Indiens aux fins du paragraphe 91(24)⁴.

C'est à Santé Canada qu'incombe la responsabilité principale des services de santé, y compris les services de santé mentale, offerts aux Premières nations et aux Inuits qui vivent dans des réserves et dans de nombreuses communautés éloignées; ces services sont offerts par le biais de dispensaires et de centres de santé.

Il importe de signaler que nous nous intéressons dans ces pages uniquement aux Premières nations et aux Inuits qui relèvent directement du fédéral. Le gouvernement fédéral n'est pas responsable de tous les peuples autochtones; on estime qu'un tiers environ de la population autochtone n'a pas accès aux programmes et services fédéraux. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral offre aux Indiens inscrits (aussi appelés Premières nations) des programmes et services qui ne sont pas accessibles aux Indiens non inscrits ni aux Métis. Par ailleurs, une partie, mais non la totalité, des programmes et services fédéraux sont offerts aux Inuits.

2 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

3 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

4 *Loi sur les Indiens*, L.R.C. 1985, ch. I-5, <http://lois.justice.gc.ca/fr/I-5/>, Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, TIPS-88F, Bibliothèque du Parlement, 2001. Mary Hurley, *La Loi sur les Indiens*, TIPS-17, Bibliothèque du Parlement, 2004, <http://lpinrabp.parl.gc.ca/apps/tips/printable/tip17-f.pdf>

Ce chapitre ne porte que sur les Premières nations et les Inuits considérés admissibles aux programmes et services fédéraux de santé mentale, dont la plus grande partie relève des ministères de Santé Canada et d'Affaires indiennes et du Nord. Le prochain chapitre (chapitre 14) aura une portée plus vaste puisqu'il prendra en compte les besoins de santé mentale de tous les peuples autochtones, y compris les Indiens non inscrits (et ceux qui vivent hors des réserves) de même que les Métis. Le chapitre 14 présentera aussi les grandes lignes d'une stratégie globale, intégrée et communautaire, de santé et de régénération adressée à tous les groupes autochtones et faisant appel à des approches multiples.

C'est à Affaires indiennes et du Nord Canada qu'incombe la responsabilité première des obligations constitutionnelles et législatives à l'endroit des Indiens et des Inuits. En administrant la *Loi sur les Indiens*, le ministère soutient les efforts d'autodétermination, ainsi que le développement économique, éducationnel, culturel, social et communautaire des Indiens inscrits et de certains Inuits. Selon le Rapport sur le rendement du ministère au 31 mars 2005, le nombre des Indiens inscrits s'élevait alors à 733 626⁵. Le rapport ne fait état d'aucun chiffre sur la population inuite.

C'est à Santé Canada qu'incombe la responsabilité principale des services de santé, y compris les services de santé mentale, offerts aux Premières nations et aux Inuits qui vivent dans des réserves et dans de nombreuses communautés éloignées; ces services sont offerts par le biais de dispensaires et de centres de santé. Le Rapport sur le rendement de 2005 indique en outre que Santé Canada offre des « services de santé supplémentaires à environ 765 000 membres admissibles des Premières nations et des Inuits »⁶.

La division des responsabilités entre le ministère de la Santé fédéral et ses homologues provinciaux ou territoriaux « porte souvent à confusion, même pour nous qui travaillons dans ce domaine à tous les jours ».

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, décrit la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, laquelle définit le rôle actuel du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux⁷ :

Ainsi, le gouvernement fédéral demeurait responsable du financement et des services dans les réserves éloignées et dans les endroits où les provinces n'offrent aucun service. Cela signifiait que le gouvernement fédéral serait responsable des services de santé publics dispensés dans les réserves, y compris les services de prévention. Cela signifiait aussi que le gouvernement fédéral serait responsable des coûts associés aux médicaments non assurés, aux soins dentaires et au transport nécessaire

5 Affaires indiennes et du Nord Canada, Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005, p. 21, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/INAC-AINC/INAC-AINCd45_f.pdf.

6 Santé Canada, Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005, p. 6, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/HLTH-SANT/HLTH-SANTd45_f.pdf.

7 Santé Canada, Politique sur la santé des Indiens 1979, http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/services/indi_health-sante_poli_f.html.

des membres des Premières nations et aux Inuits vivant dans les réserves [et hors réserve]⁸.

M. Potter reconnaît que la division des responsabilités entre le ministère fédéral de la Santé et ses homologues provinciaux ou territoriaux « porte souvent à confusion, même pour nous qui travaillons dans ce domaine à tous les jours ». Il nous a néanmoins donné la brève description suivante :

Les services de base en santé mentale et lutte contre la toxicomanie sont assurés principalement par les provinces à tous leurs résidents, y compris les membres des Premières nations, les Inuits et les autres peuples autochtones. Ces services englobent les soins hospitaliers universels, les soins psychiatriques et les soins médicaux. Les provinces offrent également des services communautaires de prévention, des services de traitement ambulatoire et de suivi, des services de désintoxication et des services de traitement de la toxicomanie en résidence⁹.

13.1.2 Programmes et services fédéraux

Affaires indiennes et du Nord Canada et Santé Canada délèguent de plus en plus de pouvoirs aux Premières nations et à certaines communautés inuites dans l'administration et la mise en œuvre de nombreux programmes et services essentiels à la santé mentale. Des critères d'admissibilité précis continuent de s'appliquer à ces programmes, quel que soit le fournisseur :

Dans le champ de compétence fédéral, Affaires indiennes et du Nord Canada est le ministère qui offre le plus grand nombre de programmes et de services liés aux grands facteurs déterminants de la santé mentale. Il offre aux Premières nations des réserves des services similaires à ceux qui sont offerts par les provinces à la population générale

- Les Indiens doivent être inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* et doivent figurer au Registre des Indiens; les Inuits ont un numéro de bénéficiaire.
- Pour certains services, l'approbation des autorités ministérielles est requise.
- Les programmes sont offerts aux personnes admissibles qui résident ou vivent ordinairement dans une réserve ou une communauté inuite reconnue.

Dans le champ de compétence fédéral, Affaires indiennes et du Nord Canada est le ministère qui offre le plus grand nombre de programmes et de services liés aux grands facteurs déterminants de la santé mentale. Il offre aux Premières nations des réserves des services similaires à ceux qui sont offerts par les provinces à la population générale, soit des services d'éducation, de soutien du revenu et de soutien aux infrastructures. Ces services représentent environ 80 p. cent du financement total accordé aux réserves.

8 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

9 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Le Programme d'éducation élémentaire et secondaire d'Affaires indiennes et du Nord Canada assure l'accès à l'école soit en finançant des services d'enseignement dans les réserves ou en couvrant les coûts de fréquentation des écoles provinciales ou territoriales. Son programme d'aide sociale permet aux individus et aux familles qui vivent dans les réserves de satisfaire les besoins fondamentaux que sont la nourriture, le vêtement et le logement. Son programme de prévention de la violence familiale finance des refuges dans les réserves, rembourse les refuges hors réserve qui offrent des services aux Premières nations résidant habituellement dans les réserves, et subventionne des programmes communautaires de prévention de la violence familiale.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada estime à 267,5 millions de dollars ses dépenses annuelles en programmes et services liés à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada estime à 267,5 millions de dollars ses dépenses annuelles en programmes et services liés à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Cela comprend les 36,4 millions de dollars consacrés en 2004-2005 à des médicaments pour le traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie dans le cadre du Programme des services de santé non assurés¹⁰.

Cette estimation comprend aussi les programmes communautaires de prévention et de promotion mis sur pied dans les réserves et les communautés inuites.

[...] 40 millions de dollars au financement sur une base continue aux programmes communautaires de santé mentale dans le cadre de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé et un autre 51 millions annuellement à des activités axées sur la santé mentale et le développement de l'enfant, dans le cadre de l'initiative Grandir ensemble.

En outre, des programmes de lutte contre la toxicomanie sont offerts aux Premières nations et aux Inuits par l'entremise :

[...] du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (59 millions par année), du Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes (11 millions par année), de la stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (12 millions par année) et de la stratégie canadienne antidrogue (1 million par année)¹¹.

Les services de consultation, généralement offerts par des psychologues, sont couverts par le Programme des services de santé non assurés et sont accessibles aux Premières nations et aux Inuits quel que soit leur lieu de résidence. Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières

10 Lettre de Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada au sénateur Michael Kirby, président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Sénat, 7 septembre 2005.

11 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

nations et des Inuits, Santé Canada, précise que la responsabilité fédérale se limite aux interventions de courte durée :

Nous assurons les consultations d'urgence en santé mentale et ensuite, un aiguillage est fait au système provincial. L'accès est le même que pour les personnes qui ne vivent pas dans les réserves, par l'urgence ou le médecin de famille.[...] C'est la province [qui paie]¹².

Kathryn Langlois a aussi parlé des travaux entrepris par le Ministère sur la question du suicide après qu'un groupe consultatif sur la prévention du suicide ait été créé en 2002 par Matthew Coon Come, alors chef national, et Alan Rock, alors ministre de la Santé. Le nouveau financement annoncé en septembre 2004 comprenait 65 millions de dollars sur cinq ans accordés à l'initiative de prévention du suicide chez les jeunes; 5 millions ont été accordés en 2005 et 15 millions pour chacune des quatre années suivantes.

Santé Canada a aussi créé un comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits chargé d'élaborer un plan d'action stratégique pour l'amélioration de la santé mentale des populations visées.

Santé Canada a aussi créé un comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits chargé d'élaborer un plan d'action stratégique pour l'amélioration de la santé mentale des populations visées. Le comité est formé de représentants de l'Assemblée des Premières nations, de la Inuit Tapiriit Kanatami, des réseaux fédéraux, provinciaux et territoriaux, d'organismes autochtones et non autochtones spécialisés en santé mentale et toxicomanie, d'Affaires indiennes et du Nord Canada, et de l'Agence de santé publique du Canada. Au terme d'une séance de planification stratégique tenue en novembre 2005, une première ébauche de plan a été soumise au comité en février 2006¹³.

13.1.3 Évaluation des besoins du groupe client

Les Indiens inscrits et les Inuits reconnus qui composent la clientèle fédérale présentent un ensemble très divers de caractéristiques. Par exemple, bien que les programmes et services soient principalement offerts aux Premières nations qui vivent dans des réserves, les gens vont et viennent régulièrement. Certains Inuits vivent dans les territoires visés par les accords territoriaux, mais d'autres non.

Dans l'ensemble, ces clients ont un état de santé « beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne ».

Dans l'ensemble, ces clients ont un état de santé « beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne »¹⁴. Et la prestation de service est rendue plus difficile en raison de

12 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

13 Lettre de Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada au sénateur Michael Kirby, président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Sénat, 7 février 2006, p. 2.

14 Conseil canadien de la santé, *L'état de santé des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada*, janvier 2005, <http://healthcouncilcanada.ca/c9.previewyoursite.com/docs/papers/2005/BkgrdHealthyCdnsENG.pdf>.

la grande dispersion géographique de cette clientèle, dont une grande partie vit dans des communautés éloignées ou isolées.

13.1.3.1 Les programmes et services d'Affaires indiennes et du Nord Canada

Affaires indiennes et du Nord Canada est responsable d'un grand nombre de facteurs jugés essentiels à une approche globale de la santé mentale des Premières nations et des Inuits, notamment le développement économique, le logement et l'éducation. Certains témoins ont dit au Comité que les efforts du Ministère étaient bien inférieurs aux attentes. Irene Linklater, directrice de recherche, Unité de recherche et d'élaboration des politiques, Assemblée des chefs du Manitoba, critique le fait que :

[L]e ministère des Affaires indiennes a consacré 13 millions de dollars à l'aide sociale pour chaque dollar consacré au développement économique. En conséquence le tiers ou même la moitié des membres des Premières nations du Manitoba qui vivent sur une réserve vivent de prestations d'aide sociale, la proportion allant de 24 à 88 p. cent selon les collectivités¹⁵.

Certains témoins ont aussi établi un lien entre la précarité des conditions de logement et leur incidence négative sur la santé mentale :

Il y a aussi l'expérience de l'itinérance, ou ce qu'on appelle l'itinérance invisible, c'est-à-dire que les logements sont tellement surpeuplés qu'on passe constamment de l'un à l'autre, et cela ne se reflète pas dans les statistiques; autrement dit, il n'existe pas de cadre statistique qui reflète cette réalité. L'absence de logements adéquats est aussi associée — et les études le confirment — au manque d'hygiène, à la mauvaise santé et à une longévité réduite. —Irene Linklater¹⁶

La création d'un programme fédéral de logements dans les régions inuites de l'Arctique remédierait à la pénurie de logements et atténuerait, en outre, certains problèmes sociaux comme la violence familiale et les dépendances. — Larry Gordon¹⁷

Donna Lyon, de l'Organisation nationale de la santé autochtone, a parlé des limites du soutien à l'éducation postsecondaire et de la difficulté d'obtenir des fonds de source

15 Selon Linklater, ces statistiques proviennent d'une recherche menée par l'Assemblée des chefs du Manitoba en 2001; 1er juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

16 1er juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

17 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

ministérielle. Même quand les ressources sont disponibles, indique-t-elle, elles sont souvent insuffisantes au soutien d'un étudiant qui a une famille à charge.

[B]ien des gens n'ont pas accès aux fonds et, s'ils reçoivent de l'aide, ils obtiennent parfois une allocation de subsistance qui est souvent insuffisante. Ainsi des familles doivent vivre avec 1 100 \$ par mois, peut-être¹⁸.

Larry Gordon signale l'absence d'infrastructures et d'emplois dans le Nord pour les Inuits instruits qui veulent revenir chez eux et contribuer à l'économie de leurs communautés :

Bien souvent, lorsque les gens partent du Nord pour y revenir ensuite, ils n'y trouvent pas de travail. Ils ont suivi des cours, ils ont un diplôme, mais il n'y a pas de travail pour eux. Ils deviennent ingénieurs. Le seul travail qu'ils peuvent trouver, c'est dans le Sud, à cause de leur formation et de leurs antécédents¹⁹.

13.1.3.2 Les programmes et services de Santé Canada

Malgré les progrès constatés depuis un an, les témoins critiquent les accords de financement de Santé Canada qu'ils trouvent compliqués, de trop courte durée, et insuffisants par rapport aux besoins de santé mentale de la population. Ils souhaitent une plus grande intégration entre ministères fédéraux afin de soutenir des programmes de nature plus globale et de durée plus longue.

Les témoins critiquent les accords de financement de Santé Canada qu'ils trouvent compliqués, de trop courte durée, et insuffisants par rapport aux besoins de santé mentale de la population. Ils souhaitent une plus grande intégration entre ministères fédéraux afin de soutenir des programmes de nature plus globale et de durée plus longue.

Irene Linklater dit que pour les Premières nations, les transferts de fonds destinés aux programmes de santé mentale mis en œuvre dans les réserves sont rigides, déroutants et insuffisants :

Le financement instable, incertain et de trop courte durée nuit à la mise en œuvre des programmes de santé mentale

Parfois le gouvernement fédéral envoie de l'argent à la province, alloue un certain montant par membre des Premières nations en fonction de la population des Premières nations dans la région. Certains des services offerts aux Premières nations proviennent directement des ententes de contribution conclues avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. [...] Selon le genre et la portée des services, la

18 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

19 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-e/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

province conclura parfois une entente avec une Première nation en ce qui concerne des coûts particuliers relatifs à la santé²⁰.

Onalee Randell, directrice de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami, explique que, pour les Inuits, le financement instable, incertain et de trop courte durée nuit à la mise en œuvre des programmes de santé mentale :

Quand finalement des initiatives ayant des échéanciers de trois à cinq ans sont mises en place dans les collectivités, le financement a cessé. Il est peu probable que des employés quittent un emploi permanent pour travailler dans un projet ne pouvant durer que deux ans. Il est donc très difficile de recruter du personnel compétent²¹.

Même le Programme de services de santé non assurés ne parvient pas à répondre aux besoins des populations ciblées. Mme Randell indique qu'une analyse des dépenses faites en 2003-2004 dans le cadre du volet intervention d'urgence du Programme de services de santé non assurés pour les Inuits a révélé que :

Des programmes et services liés à la toxicomanie, comme le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool de drogues chez les Autochtones, sont entravés par des politiques qui ne tiennent aucun compte d'une croissance imprévue de population ou de la complexité des besoins.

[...] environ 60 000 \$ ont été dépensés pour la santé mentale dans les collectivités inuites : 60 000 \$ pour des collectivités qui enregistrent jusqu'à 11 fois la moyenne nationale du taux de suicide. Il semble y avoir une iniquité. Le programme est conçu pour offrir une consultation d'urgence à court terme. Certaines collectivités n'ont pas d'intervenants qui puissent faire ce type de consultation et, dans de nombreux cas, les collectivités préfèrent ignorer ces consultations d'urgence à court terme. Des personnes se présentent après un suicide, elles passent trois jours dans la collectivité puis s'en vont²².

Lorraine Boucher a dit au Comité que dans le cas des clients des Premières nations qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie et qui doivent se rendre à l'extérieur de leur collectivité pour recevoir des services, le Programme des services de santé non assurés ne répond pas aux besoins :

Certains de nos membres ont dû mettre fin à leur thérapie à cause des compressions gouvernementales, dans le transport médical entre autres. Ces personnes sont oubliées par le système. Les frais de déplacement pour

20 1er juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

21 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

22 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*se rendre à Edmonton ou Peace River sont un fardeau qu'elles ne peuvent assumer seules*²³.

Irene Linklater a aussi expliqué que des programmes et services liés à la toxicomanie, comme le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool de drogues chez les Autochtones, sont entravés par des politiques qui ne tiennent aucun compte d'une croissance imprévue de population ou de la complexité des besoins :

Un Inuit qui veut avoir accès à des services de toxicomanie se heurte aux obstacles que créent les divisions administratives régionales au sein même de Santé Canada.

*[S]i le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones n'a pas réussi à rester branché sur les besoins de la collectivité, c'est qu'on s'attendait à ce qu'il y ait des interventions visant des problèmes familiaux, par exemple la violence familiale, les tentatives de suicide, les personnes en situation de crise, et que l'on offrirait du soutien et des soins de suivi après un traitement et aussi qu'il y aurait un soutien communautaire après une tragédie*²⁴.

Selon Onalee Randell, un Inuit qui veut avoir accès à des services de toxicomanie se heurte aux obstacles que créent les divisions administratives régionales au sein même de Santé Canada :

*Les Inuits de Nunatsiavut souhaitent travailler de concert avec les Inuits du Nunavik à élaborer un traitement de la toxicomanie axé sur la culture et les valeurs inuites. Pour l'instant, il est difficile de partager, l'information n'est pas la même au sein de chaque compétence. Les Inuits du Nunatsiavut l'obtiennent de la Région atlantique alors que ceux du Nunavik l'obtiennent de la région de Québec et jamais les deux ne se rencontreront*²⁵.

13.1.3.3 Confusion entre ministères et ordres de gouvernements

En plus des obstacles interministériels, les clients des Premières nations et des Inuits font souvent face à des difficultés causées par la division des responsabilités entre ministères fédéraux. Et la répartition des pouvoirs entre le fédéral et les provinces ou territoires crée d'autres obstacles encore et empêche de faire avancer les choses dans le domaine de la santé mentale.

Shawn Atleo, chef A-in-chut, chef régional de la C.-B., Assemblée des Premières nations, a déploré le manque de cohésion à l'échelle fédérale, indiquant que la semaine précédente, il

23 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

24 1er juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

25 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

avait parlé à trois sous-ministres de trois ministères différents sur la situation du logement²⁶. Jennifer Dickson, directrice exécutive, Pauktuutit Inuit Women's Association, a dit au Comité devoir transiger avec six ministères ou services fédéraux différents toutes les semaines pour divers programmes, politiques et projets²⁷.

Jules Picard, coordonnateur des services sociaux, Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador, a illustré une situation de conflit entre ordres de gouvernement en citant le cas d'un jeune schizophrène qui a des démêlés avec la justice et a besoin d'une médication. Un problème a surgi quand il a été décrété que « Santé Canada ne pouvait pas payer la médication pour ce jeune parce qu'il faisait partie du réseau carcéral provincial »²⁸.

La répartition des pouvoirs entre le fédéral et les provinces ou territoires crée d'autres obstacles encore et empêche de faire avancer les choses dans le domaine de la santé mentale.

Susan Levi-Peters, chef de la Première nation d'Elsipogtog, Nouveau-Brunswick, a décrit l'extrême incertitude dans laquelle évoluent les gens qui cherchent à obtenir des fonds pour des services et tentent de déterminer s'il faut s'adresser aux Affaires indiennes, à Santé Canada ou à la province.

Il y a une extrême incertitude dans laquelle évoluent les gens qui cherchent à obtenir des fonds pour des services et tentent de déterminer s'il faut s'adresser aux Affaires indiennes, à Santé Canada ou à la province.

Quand nous nous adressons au gouvernement provincial, on nous répond que c'est un domaine de compétence fédérale. Le gouvernement fédéral nous dit de nous adresser à la province à qui il donne des fonds. Nous sommes les laissés pour compte²⁹.

Ian Potter affirme qu'il y a actuellement une volonté des gouvernements d'intégrer leurs champs de compétence :

L'intégration des services fédéraux et des services provinciaux permettrait de réduire les services redondants ou l'incidence des services qui ne sont pas compatibles. Les services pourraient mieux répondre aux besoins des patients et le système ne serait plus fragmenté par les différences entre les juridictions³⁰.

26 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

27 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

28 21 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/23evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

29 11 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evf-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

30 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Cependant, Valérie Gideon, directrice des Services de santé et du développement social, Assemblée des Premières nations, se dit inquiète devant ces projets d'intégration :

À notre avis, cela pourrait être interprété comme une tentative de délestage des responsabilités fédérales sur d'autres administrations, chose contre laquelle nous avons souvent été mis en garde par les membres vivant dans les différentes régions et les différentes collectivités³¹.

Ian Potter signale aussi un besoin d'intégration interministérielle au sein même du gouvernement fédéral, entre Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Par exemple, pour accroître le personnel autochtone dans les services de santé, il soutient que les bourses d'études et de perfectionnement doivent être rattachées plutôt aux programmes d'enseignement offerts par Affaires indiennes et du Nord Canada, et commencer « à l'école primaire, afin que cela devienne une possibilité réelle pour les Autochtones ».

Le vérificateur général du Canada a souvent reproché à Santé Canada et à Affaires indiennes et du Nord Canada de n'avoir pas établi de pouvoir législatif clair en ce qui concerne les programmes et services offerts aux Premières nations et aux Inuits. Plus précisément, le vérificateur général constate que l'absence d'une loi habilitante particulière pour le programme des Services de santé non assurés « avait laissé une lacune dans les définitions de l'objet, des résultats escomptés et des retombées du programme ». Il était recommandé à Santé Canada de demander au gouvernement « un mandat renouvelé pour ce programme afin d'en clarifier l'autorisation, le but et l'objectif »³².

Le vérificateur général indique que si la *Loi sur les Indiens* donne les critères permettant de déterminer qui est un « Indien inscrit » et quelles sont les obligations du fédéral à l'égard des populations autochtones prises collectivement, elle ne précise pas les programmes et services qui doivent leur être offerts. On rappelle à Affaires indiennes et du Nord Canada de même qu'au Parlement que :

L'absence d'autorisation législative formelle pourrait miner le contrôle parlementaire et la reddition des comptes. Elle empêche le Parlement de débattre de questions importantes comme celles de savoir si un programme d'assistance sociale pour les Indiens vivant dans les réserves devrait permettre à la fois de réduire la demande et de fournir les services et de déterminer quelles devraient être les prestations appropriées. Elle le prive aussi d'un instrument qui lui permettrait de demander au

31 21 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/23evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

32 Vérificateur général du Canada, Santé Canada — Santé des Premières nations, ch. 13, octobre 1997 <http://www.oagbvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/ch9713e.html#0.2.L39QK2.4FNW9F.4QDJQE.ZG>.

Ministère de lui rendre des comptes en se fondant sur des autorisations de programme autres que celles approuvées par le Conseil du Trésor³³.

13.1.4 Commentaire du Comité

Comme nous l'avons dit plus haut, le prochain chapitre (chapitre 14) traitera du besoin de mettre en place une approche globale pour traiter des besoins de santé mentale des populations autochtones. C'est là que nous ferons valoir l'importance de créer un comité consultatif national autochtone qui fasse partie de la Commission canadienne de la santé mentale. Il y sera aussi question de transparence dans le compte rendu des activités, par l'intermédiaire d'un comité fédéral interministériel formé des sous-ministres responsables de tous les programmes et services destinés aux populations autochtones.

Le *Plan directeur pour la santé des Autochtones* déposé à la rencontre des premiers ministres des provinces en novembre 2005 réitère la volonté déjà exprimée de préciser les rôles et responsabilités respectifs du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux³⁴. Mais les Premières nations et les Inuits ont déjà une longue tradition de rapports avec le fédéral et la multi-dimensionnalité de leurs besoins justifie qu'ils fassent l'objet d'une attention particulière de la part des institutions fédérales. Le Comité a très bien compris que si des initiatives fédérales ont été et sont actuellement orientées vers la santé mentale des Premières nations et des Inuits, les programmes et services fédéraux n'ont pas donné les résultats escomptés. Le Comité constate l'existence d'un écart considérable entre les engagements financiers du gouvernement fédéral et les résultats concrets dont les Premières nations et les Inuits ont pu bénéficier.

Le Comité constate l'existence d'un écart considérable entre les engagements financiers du gouvernement fédéral et les résultats concrets dont ont pu bénéficier les Premières nations et les Inuits.

Le Comité estime qu'une tribune indépendante et objective devrait porter son regard sur l'ensemble des besoins de santé mentale des Premières nations et des Inuits, et agir un peu comme un ombudsman

Le Comité estime qu'une tribune indépendante et objective devrait porter son regard sur l'ensemble des besoins de santé mentale des Premières nations et des Inuits, et agir un peu comme un ombudsman, habilité à faire enquête et à tenir le gouvernement responsable de la réalisation des programmes et services nécessaires, ainsi que des résultats obtenus.

D'autres groupes de clients fédéraux, tels les délinquants sous responsabilité fédérale, les membres des Forces canadiennes et les membres de la GRC, ont déjà accès à une telle instance habilitée à faire enquête, à formuler des recommandations et à veiller à ce que des correctifs soient apportés. Les Premières nations et les Inuits ont besoin de pouvoir s'adresser à une instance de ce genre pour faire entendre leurs griefs dans leurs rapports avec

33 Vérificateur général du Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada — Assistance sociale, 1994, <http://www.oagbvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/9423ce.html#0.2.L39QK2.6NA0GI.V1SJQE.ZL>.

34 Santé Canada, Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur dix ans, préparé pour la réunion entre les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones nationales, 24-25 novembre 2005, un travail en constante évolution http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2005-blueprint-plan-abor-auto/index_f.html.

les ministères fédéraux qui jouent un rôle si important dans tout ce qui a trait à leur santé tant mentale que physique.

Par conséquent, le Comité recommande :

69 **Que le gouvernement fédéral crée, pour les Premières nations et les Inuits, une instance fédérale semblable à celle de l'Enquêteur correctionnel, de l'Ombudsman des Forces canadiennes ou du Comité externe d'examen de la GRC.**

Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur diverses préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits.

Que le ou la responsable de cette instance soit, si possible, d'origine autochtone.

Que cette instance fasse rapport tous les ans au Parlement.

Le Comité a été consterné d'apprendre qu'en vertu du *Plan directeur pour la santé des Autochtones* de 2005, le rapport détaillé des résultats combinés des programmes fédéraux et provinciaux et des sommes consacrées à la santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis ne sera pas déposé avant 2010-2011³⁵. Pour le moment, les données produites par Affaires indiennes et du Nord Canada et Santé Canada sont limitées et ne portent que sur les Premières nations. Par exemple, l'information sur les dépenses engagées utilise le terme combiné de « Premières nations et Inuits » et ne dit pas quelles sommes ont été allouées à chaque groupe; on présume que les dépenses sont proportionnelles à la taille de la population de chaque groupe. Il n'y a aucune donnée utile permettant d'évaluer les programmes et services destinés aux Inuits puisque les données sont fusionnées à celles des Premières nations et des autres populations autochtones.

Le Comité a été consterné d'apprendre qu'en vertu du *Plan directeur pour la santé des Autochtones* de 2005, le rapport détaillé des résultats combinés des programmes fédéraux et provinciaux et des sommes consacrées à la santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis ne sera pas déposé avant 2010-2011.

Il n'y a aucune donnée utile permettant d'évaluer les programmes et services destinés aux Inuits puisque les données sont fusionnées à celles des Premières nations et des autres populations autochtones.

Bien que le gouvernement fédéral se soit engagé à produire des rapports complets fondés sur des indicateurs de santé distincts, propres à chaque groupe autochtone, le Comité craint que le Parlement et les ministères continuent encore pendant cinq ans à prendre des décisions sans disposer d'une information complète.

³⁵ *Ibid.*

Par conséquent, le Comité recommande :

70 **Que Affaires indiennes et du Nord Canada, Santé Canada et tout autre ministère ayant la responsabilité directe de programmes ou de services offerts aux Premières nations et aux Inuits établissent un relevé annuel de leurs programmes et services respectifs, pour l'année en cours et les cinq dernières années.**

Que ce relevé comprenne une description claire de chaque programme ou service, par exercice; des critères d'admissibilité; du nombre respectif de clients des Premières nations et des Inuits desservis par le programme, par lieu géographique; des budgets consentis et des sommes dépensées; ainsi que toute évaluation ayant été réalisée des résultats obtenus relatifs aux facteurs déterminants de la santé mentale.

Que ce relevé soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Mais surtout, le Comité estime que la configuration actuelle des ministères fédéraux, avec leurs fondements législatifs et politiques respectifs, ne fait rien pour améliorer le sort des Premières nations et des Inuits. Depuis que la responsabilité et l'administration des services médicaux offerts aux Indiens et aux Inuits sont passées du ministère des Affaires indiennes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en 1945, l'état de santé de cette population s'est bien peu amélioré. Le gouvernement fédéral a eu amplement le temps de créer des lois pour préciser son rôle et ses responsabilités et d'élaborer des politiques capables de réduire la confusion interministérielle. L'heure est venue d'agir de façon à corriger la fragmentation interministérielle qui contribue au piètre état de santé des Premières nations et des Inuits.

Le gouvernement fédéral a eu amplement le temps de créer des lois pour préciser son rôle et ses responsabilités et d'élaborer des politiques capables de réduire la confusion interministérielle. L'heure est venue d'agir de façon à corriger la fragmentation interministérielle qui contribue au piètre état de santé des Premières nations et des Inuits.

Le Comité est absolument convaincu qu'une approche globale est essentielle au renforcement de la santé mentale chez les Premières nations et les Inuits. La division des programmes et des services entre Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada n'a aucun sens. Le Comité estime que les services actuellement offerts par Affaires indiennes et du Nord Canada dans les secteurs du logement, de l'éducation et du soutien du revenu doivent être rattachés aux services offerts par Santé Canada dans les secteurs de la promotion de la santé chez les enfants et des facteurs d'adaptation qui permettent de réduire la toxicomanie et le suicide. À l'heure actuelle, les programmes et services sont mal coordonnés et les ministères rivalisent

Le Comité estime que les services actuellement offerts par Affaires indiennes et du Nord Canada dans les secteurs du logement, de l'éducation et du soutien du revenu doivent être rattachés aux services offerts par Santé Canada dans les secteurs de la promotion de la santé chez les enfants et des facteurs d'adaptation qui permettent de réduire la toxicomanie et le suicide.

entre eux pour l'obtention des budgets. Il faut un changement radical pour que les Premières nations et les Inuits reçoivent une gamme complète de programmes et services axés sur les facteurs déterminants de la santé et donnant des résultats favorables. Il faut une réelle transformation de la situation actuelle, non pas seulement des retouches superficielles.

Le Comité reconnaît toutefois qu'un changement du mode de prestation des programmes et services qui prend appui sur une base législative claire exige un examen approfondi de toutes les approches possibles et de leurs retombées. Le Comité recommande donc que le gouvernement fédéral procède à un examen objectif et indépendant des meilleurs moyens d'offrir les programmes et services essentiels à la promotion et au maintien de la santé des Premières nations et des Inuits, et prenne le temps de réfléchir aux mesures législatives nécessaires. Pour le moment, le Comité ne peut se prononcer avec certitude sur laquelle des approches suivantes serait la meilleure :

- doit-on conserver les structures actuelles en modifiant considérablement la façon dont Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada offrent les programmes et services;
- les responsabilités de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada devraient-elles être transférées à Affaires indiennes et du Nord Canada; ou
- certaines ressources précises, assorties de tous les critères d'évaluation et de responsabilisation nécessaires, devraient-elles être transférées soit aux Premières nations et aux Inuits eux-mêmes, ou aux gouvernements des provinces et des territoires?

Le Comité recommande :

71	<p>Que le gouvernement fédéral fasse immédiatement réaliser une étude indépendante des modalités fédérales de prestation des programmes et services se rapportant à la santé des Premières nations et des Inuits dans son ensemble.</p> <p>Que cette étude envisage diverses possibilités de prestation de ces services; fasse une évaluation claire de ces possibilités; et aboutisse au dépôt d'un rapport complet au Parlement, assorti de recommandations, en 2008.</p>
----	---

13.2 LES DÉLINQUANTS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

[L]a pratique cruelle qui consiste à incarcérer les personnes souffrant de maladie mentale dans des prisons est inhumaine, injuste et inefficace. Les prisons ne disposent pas des installations appropriées ni des ressources médicales nécessaires pour accueillir les personnes atteintes de maladie mentale. Le personnel manque souvent de compétence et est incapable de

composer avec les difficultés de la maladie mentale. Les personnes atteintes ont des pensées illogiques, des délires, des hallucinations auditives, elles souffrent de paranoïa et ont de graves sautes d'humeur; elles ne comprennent pas toujours les règles des prisons. Elles sont très vulnérables et sont susceptibles d'avoir un comportement bizarre avec lequel le personnel de la prison doit composer et que les codétenus doivent tolérer. — Bonita Allen, mère d'un fils bipolaire³⁶

13.2.1 La compétence fédérale

Service correctionnel Canada (SCC) administre les peines imposées par les tribunaux dont la durée est de deux ans ou plus. La *Loi canadienne sur la santé* exclut explicitement « [l]es personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* »

Une comparaison entre les admissions dans les établissements fédéraux en 1967 et en mars 2004 fait apparaître une augmentation de 60 p. cent du nombre de détenus atteints de troubles mentaux.

— Howard Sapers

de la définition des personnes assurées en vertu des régimes provinciaux de soins de santé³⁷. Le gouvernement fédéral est directement responsable de la prestation de services de santé aux détenus des établissements fédéraux.

En 1992, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) a remplacé la *Loi sur les pénitenciers*. La LSCMLC définit les « soins de santé mentale » et exige que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait « accès, dans la mesure du possible, aux soins [de santé mentale] qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale »³⁸. Une Directive du commissaire du SCC sur les services de santé indique que les services essentiels comprennent « les services actifs et prolongés de soins de santé mentale »³⁹. La Loi oblige aussi à tenir compte de « l'état de santé du délinquant et des soins qu'il requiert » au moment de prendre une décision relative à son placement, son transfert, son isolement préventif ou aux mesures préparatoires à sa mise en liberté et sa surveillance.

Le Rapport sur le rendement du Service correctionnel du Canada, pour la période se terminant en mars 2005, affirme que :

Au cours d'une journée type, en 2004-2005, le SCC avait la charge d'environ 12 600 délinquants détenus dans un établissement fédéral

36 6 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/18eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

37 *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. C-6, art. 2 — Définitions, <http://ois.justice.gc.ca/fr/C-6/183585.html#rid-183588>.

38 *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, 1992, ch. 20, <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-44.6/>.

39 Service correctionnel Canada, Directive du commissaire, « Services de santé » numéro 800, 2004, http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/800-cde_f.shtml.

et d'environ 8 200 délinquants purgeant une partie de leur peine sous surveillance dans la collectivité⁴⁰.

Francoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel Canada, a déclaré qu'un grand nombre de délinquants ont des problèmes de santé mentale.

Douze pour cent sont atteints de troubles mentaux graves qui nécessitent une intervention immédiate. Le pourcentage des délinquants chez qui on a diagnostiqué un trouble mental au moment de leur admission a augmenté de 61 p. cent en sept ans. De plus, au cours de cette même période, le nombre de délinquants qui prennent des médicaments sur ordonnance a augmenté de 80 p. cent⁴¹.

Howard Sapers, l'enquêteur correctionnel du Canada, mandaté par la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* pour agir en qualité de médiateur pour les délinquants fédéraux, a lui aussi fait état de la forte prévalence des cas de maladie mentale et de toxicomanie chez les détenus :

Près de la moitié de ceux qui présentent un problème d'abus de substances ont aussi d'autres problèmes; le taux de suicide est beaucoup plus élevé parmi les détenus que dans la population générale.

Environ 22 p. cent des délinquants adultes seraient atteints de TSAF .

Une comparaison entre les admissions dans les établissements fédéraux en 1967 et en mars 2004 fait apparaître une augmentation de 60 p. cent du nombre de détenus atteints de troubles mentaux. La ventilation par sexe est la suivante : 57 p. cent d'hommes et 65 p. cent de femmes. La prévalence passe à près de 84 p. cent si l'on englobe dans ces chiffres l'abus de substances⁴².

Près de la moitié de ceux qui présentent un problème d'abus de substances ont aussi d'autres problèmes; le taux de suicide est beaucoup plus élevé parmi les détenus que dans la population générale. En ce qui concerne le syndrome d'alcoolisme fœtal, Howard Sapers dit que les « chiffres obtenus auprès des établissements pour jeunes à travers le Canada estiment qu'environ 22 p. cent des délinquants adultes seraient atteints de TSAF »⁴³.

13.2.2 Programmes et services fédéraux

Service correctionnel Canada établit une distinction entre les programmes courants destinés à la population générale des détenus qui ne sont pas atteints de maladie mentale, et les

40 Service correctionnel Canada, Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/CSC-SCC/CSC-SCCd45_f.pdf.

41 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

42 7 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

43 7 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

programmes spéciaux destinés à ceux qui ont besoin de services de santé mentale notamment pour cause de personnalité anti-sociale⁴⁴.

Bien que la capacité actuelle d'évaluer et de prendre en charge les problèmes de santé mentale des délinquants soit limitée, SCC travaille à élaborer un éventail de soins de santé mentale axé sur quatre secteurs clés⁴⁵ :

- évaluation complète de la santé mentale des délinquants au moment de l'admission afin d'établir des plans de traitement appropriés, de placer les délinquants dans les établissements les plus adéquats, et de recueillir des données pour faciliter la planification;
- centres régionaux de traitement (il y en a actuellement cinq) satisfaisant aux exigences relatives au statut d'établissement hospitalier, à l'agrément, au nombre et au type d'employés, aux critères d'admission et au niveau de sécurité, qui savent cibler la clientèle ayant besoin de traitements particuliers (notamment les cas de TSAF et de troubles de la personnalité);
- services de santé mentale offerts dans les établissements ordinaires et création d'unités de santé mentale offrant des soins intermédiaires dans certains établissements pour desservir les détenus qui, sans avoir besoin d'être hospitalisés, requièrent un encadrement plus rigoureux et un soutien plus ferme;
- stratégie de santé mentale dans la collectivité pour continuer de dispenser des soins aux délinquants quand ils sont remis en liberté, notamment des services spécialisés et des services de soutien en matière d'emploi, de logement et de santé mentale.

La Stratégie en matière de santé mentale, approuvée par le SCC à l'été de 2004, est restée en plan.

En novembre 2005, le Rapport annuel de l'Enquêteur correctionnel pressait Service correctionnel Canada d'engager les fonds nécessaires pour mettre en œuvre sa *Stratégie en matière de santé mentale* :

Dans les faits, les soins de santé mentale ne sont pas offerts dans les centres de réception, les centres de traitement ou les centres de services communautaires.

La Stratégie, approuvée par le SCC à l'été de 2004, est restée en plan. Aucun financement n'a été engagé pour mettre en place les trois composantes initiales du plan d'action : processus complet d'évaluation clinique à l'admission; amélioration des centres de traitement actuels du Service et mise sur pied d'unités intermédiaires de soins en santé mentale au sein des pénitenciers existants pour traiter et évaluer les délinquants tout au long de leur

44 Pour plus de renseignements sur la question de la santé mentale, voir Dr Brent Moloughney, « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale » Revue canadienne de santé publique, vol. 95, supplément 1, mars/avril 2004, http://www.cpha.ca/english/cjph/inmates/CJPH_95_Suppl_1_e.pdf.

45 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

incarcération. Quant au financement obtenu pour aller de l'avant avec la quatrième composante, c'est-à-dire offrir des services de santé mentale dans la collectivité pour aider les délinquants en liberté, il n'a toujours pas été confié aux collectivités⁴⁶.

Bien que l'objectif de la politique, tel qu'il est énoncé dans la Directive du commissaire sur les Services de santé, soit de « s'assurer que les détenus ont accès aux services médicaux, dentaires et de santé [mentale] essentiels, conformément aux pratiques généralement admises dans la collectivité », dans les faits, les soins de santé mentale ne sont pas offerts dans les centres de réception, les centres de traitement ou les centres de services communautaires⁴⁷.

13.2.2.1 Centres de réception

La Directive stipule, en ce qui concerne les normes de soins à la réception, que dans les deux jours ouvrables suivant son arrivée, tout détenu doit subir une évaluation infirmière portant sur les problèmes aigus de santé physique et mentale. Toutefois, le but premier de l'évaluation préliminaire de santé mentale est d'établir le niveau de risque que pose le détenu plutôt que la détermination complète de ses besoins de santé mentale. Une évaluation du risque de suicide est aussi faite à l'arrivée. Si la personne est suicidaire, elle est placée sous observation pendant un certain temps, puis réévaluée. Une évaluation infirmière complète doit avoir lieu dans les 14 jours suivant l'admission.

Le but premier de l'évaluation préliminaire de santé mentale, toutefois, est d'établir le niveau de risque que pose le détenu plutôt que la détermination complète de ses besoins de santé mentale.

Les délinquants résident au centre de réception pendant les trois premiers mois de leur incarcération et y reçoivent les soins médicaux nécessaires. Si la personne a besoin d'une médication en raison d'un problème de santé mentale, l'infirmière peut l'adresser au médecin de l'établissement pour examen. Si un problème de comportement se produit, une évaluation par un psychologue peut être exigée. Les délinquants peuvent aussi rencontrer un psychiatre au centre de réception.

13.2.2.2 Centres de traitement

Si des problèmes de santé mentale sérieux se manifestent pendant le séjour du détenu à l'unité de réception, ou si un diagnostic précis a pu être établi à l'accueil, le détenu peut être admis dans l'un des cinq centres de traitement régionaux. Ces centres offrent aussi des programmes destinés aux délinquants sexuels et aux délinquants violents.

Bien que la continuité des soins soit le but visé, peu de délinquants fédéraux reçoivent les traitements dont ils ont besoin par manque des services nécessaires en santé mentale.

46 Bureau de l'enquêteur correctionnel, communiqué de presse, « Hausse dramatique du nombre de détenus ayant une maladie mentale — Mise en œuvre d'une stratégie nationale pour régler la situation d'urgence », 4 novembre 2005, http://www.oci-bec.gc.ca/release-20051104_f.asp.

47 Service correctionnel Canada, Directive du commissaire, « Services de santé » numéro 800, 2004, http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/800-cde_f.shtml.

Dans les centres de traitement, les services de santé sont offerts 24 heures par jour. L'état de la personne est stabilisé, sa médication est analysée, et une évaluation est faite pour déterminer si un transfert dans un établissement ordinaire est possible. Avant le transfert, le dossier médical est passé en revue afin de déterminer tous les problèmes de santé et assurer ainsi la continuité des soins et la capacité du détenu de s'inscrire dans les programmes réguliers offerts à l'établissement d'accueil.

Bien que la continuité des soins soit le but visé, peu de délinquants fédéraux reçoivent les traitements dont ils ont besoin par manque des services nécessaires en santé mentale.

13.2.2.3 Établissements ordinaires

Une fois son état stabilisé et le délinquant affecté à un établissement ordinaire, à sécurité minimale, moyenne ou maximale, son état de santé est examiné par le personnel médical. Il n'y a cependant ni budget réservé ni services spécialisés en santé mentale.

13.2.2.4 Services de santé communautaires

Les délinquants en liberté conditionnelle totale, en liberté d'office ou en semi-liberté qui vivent dans un centre résidentiel communautaire, ont accès aux services de santé essentiels couverts par le régime provincial d'assurance-maladie. La planification prélibératoire comprend une demande de carte d'assurance-maladie.

Les délinquants qui vivent dans un Centre correctionnel communautaire reçoivent les services de santé essentiels à la charge de Service correctionnel Canada. Le SCC doit aussi payer « les autres services de santé non assurés du délinquant résidant dans un centre correctionnel communautaire ou un centre résidentiel communautaire, qui ne travaille pas, qui n'a aucune autre source de revenu, et qui n'est par ailleurs admissible à aucune autre forme d'aide communautaire ou gouvernementale »⁴⁸. Le Service doit aussi payer « les traitements de santé mentale qui ne sont pas assurés, que demande la Commission nationale des libérations conditionnelles ou le Plan correctionnel, pour tout délinquant en liberté conditionnelle ».

13.2.3 Évaluation des besoins du groupe client

13.2.3.1 Établissement

Les témoins ont exprimé des doutes sérieux quant à la capacité des cinq établissements de traitement de Service correctionnel Canada de répondre aux besoins des délinquants ayant des problèmes de santé mentale. Howard Sapers a déclaré que :

Les témoins ont exprimé des doutes sérieux quant à la capacité des cinq établissements de traitement de Service correctionnel Canada de répondre aux besoins des délinquants ayant des problèmes de santé mentale.

Le SCC a actuellement des lits disponibles dans ses centres de traitement pour répondre aux besoins de moins de 6 p. cent de la population carcérale. Or, selon les estimations

⁴⁸ Ibid.

du service lui-même, le besoin est pour environ 12 p. cent. Ainsi, la capacité actuelle est inférieure à 50 p. cent du besoin identifié⁴⁹.

Natalie Neault, directrice des enquêtes, Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, a affirmé que certains centres de traitement ne pouvaient offrir de services aux détenus à sécurité maximale. Elle a parlé de douze détenus placés en isolement de longue durée et présentant des symptômes avérés de maladie mentale, à qui on a refusé plusieurs fois l'admission au Centre de traitement Shepody de Dorchester (Nouveau-Brunswick), sous prétexte que celui-ci n'avait pas la structure nécessaire pour recevoir des détenus à sécurité maximale. Dans ce cas, quand un détenu reçoit la visite d'un psychologue, le but de cette visite n'est pas de traiter la maladie mentale mais d'évaluer le risque de suicide :

Les envoyer dans une autre région, loin de leurs proches — qui sont souvent leur seul soutien lui-même souvent très réduit — est contraire à tout l'objectif de la réinsertion de ces personnes. Ils restent donc dans ces unités d'isolement, voyant un psychologue une fois par mois pour vérifier qu'ils ne sont pas suicidaires⁵⁰.

Robert Miller, chef du service de psychiatrie au *Vancover Island Health Authority* soutient que les établissements et services offerts aux détenus qui présentent des besoins de santé mentale devraient répondre aux mêmes normes que ceux qui sont offerts à la population générale :

Les établissements et services offerts aux détenus qui présentent des besoins de santé mentale devraient répondre aux mêmes normes que ceux qui sont offerts à la population générale

[...] que les personnes ayant besoin d'être soignées à l'hôpital soient hospitalisées, au lieu d'être soignées en prison. De plus, dans les établissements correctionnels où des soins sont assurés, il n'est pas nécessaire d'hospitaliser tout le monde. En milieu carcéral, il est tout à fait possible d'assurer des services de santé mentale en consultation externe, mais les soins et les traitements qu'on y dispense devraient être de la même qualité que ceux disponibles dans la collectivité locale⁵¹.

13.2.3.2 Intégration communautaire

Dans le cas des délinquants qui ont fait l'objet d'un diagnostic de maladie mentale, qui sont sous traitement et ont besoin d'être suivis par un psychiatre, Service correctionnel Canada tente d'assurer la continuité des services après la remise en

L'impossibilité d'intégrer ou simplement de coordonner les services relevant d'organismes fédéraux et provinciaux fait que certaines personnes n'ont pas la médication qu'il leur faut et risquent de récidiver.

49 7 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

50 7 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

51 7 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

liberté. Il faut à cette fin trouver un psychiatre, une clinique ou un hôpital qui acceptera de voir le délinquant après sa libération, et intégrer des services communautaires dans le plan de libération. Des problèmes peuvent survenir si le délinquant décide de ne pas se présenter à ses rendez-vous ou à la clinique, si les services n'acceptent pas de recevoir le délinquant, ou si les services ne sont pas offerts où et quand la libération doit avoir lieu. Si le délinquant réside dans un centre correctionnel communautaire, les services sont maintenus tant qu'il relève des services correctionnels.

Dans la réalité, les interventions et les services communautaires sont limités en raison de l'ostracisme dont sont frappés les anciens détenus et les personnes atteintes de maladie mentale. Michael Bettman, directeur général par intérim, Programmes pour délinquants et réinsertion sociale, Service correctionnel Canada, indique que l'ostracisme est le principal obstacle à la réinsertion sociale :

Notre principal obstacle reste, dans une grande mesure, l'ostracisme. Ces délinquants font partie de notre collectivité mais les gens refusent d'accepter ce fait. Ils veulent les isoler non seulement quand ils sont en prison mais aussi quand ils sont dans les collectivités; ils affirment que le traitement des maladies mentales relève du gouvernement et non pas de la ville et, par conséquent, nous sommes souvent laissés à nous-mêmes quand nous tentons de répondre aux besoins de ces délinquants⁵².

L'impossibilité d'intégrer ou simplement de coordonner les services relevant d'organismes fédéraux et provinciaux fait que certaines personnes n'ont pas la médication qu'il leur faut et risquent de récidiver. Bernard Galerneau, psychologue, directeur politique, Centre de rétablissement Shepody, signale que :

Les détenus atteints de troubles mentaux qui prennent des médicaments psychotropes reçoivent généralement, au moment de leur libération, une provision de médicaments pour deux semaines. Combien de temps doivent-ils attendre avant de voir un médecin ou un psychiatre qui renouvellera leur ordonnance⁵³ ?

Jocelyn Greene, directrice exécutive, Stella Burry Community Services, a parlé d'un programme de soutien communautaire très innovateur, inspiré du modèle familial et destiné aux femmes présentant des problèmes de santé mentale complexes, qui semble offrir de belles perspectives d'économies tant pour le système carcéral que pour le système de soins de santé :

L'évaluation du programme a montré qu'il y avait eu une réduction considérable des taux d'hospitalisation et d'incarcération. [...] le point saillant est la diminution du nombre de jours de prison, qui était de

52 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

53 11 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evf-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

73 p. cent, et la diminution des jours d'hospitalisation, qui était de 39,2 p. cent⁵⁴.

13.2.3.3 Ressources humaines

Il est d'autant plus difficile de réunir les ressources humaines nécessaires à la prestation des services de santé mentale que les professionnels se voient imposer une multitude de tâches. Françoise Bouchard a indiqué qu'il y a :

Bien que les détenus en isolement soient censés voir un psychologue une fois par mois, ce n'est tout simplement pas possible.

[...] environ 250 psychologues qui travaillent pour le Service correctionnel du Canada. Cependant, il ne faut pas oublier que les psychologues ne fournissent pas uniquement des services de santé mentale. Ils effectuent également une évaluation des risques pour les autorités correctionnelles. En fait, l'essentiel des activités des psychologues de SCC ont trait à l'évaluation des risques⁵⁵.

Bernard Galarneau, psychologue institutionnel au Centre de rétablissement Shepody, a expliqué que la charge de travail est très lourde et qu'on accorde plus d'importance à l'évaluation des risques qu'à la santé mentale :

Comme nous nous occupons de 100 à 200 détenus, nous ne pouvons consacrer que très peu de temps à la véritable psychothérapie. On agit comme un urgentologue, on gère les crises au fur et à mesure qu'elles éclatent et on fait beaucoup d'évaluation des risques⁵⁶.

Bien que les détenus en isolement soient censés voir un psychologue une fois par mois, Natalie Neault indique que ce n'est tout simplement pas possible :

[I]l y a une liste longue comme mon bras de détenus en attente de services psychologiques et les ressources sont très limitées. Il y a seulement deux psychologues pour une population de presque 300 détenus⁵⁷.

Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, demande que les infirmières reçoivent plus de formation et aient à jouer un rôle plus étendu :

⁵⁴ 15 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁵⁵ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁵⁶ 11 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evf-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁵⁷ 7 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Si on leur donnait la formation appropriée, les infirmières et les infirmiers qui travaillent en milieu carcéral pourraient jouer un rôle plus actif en matière d'évaluation de la santé mentale, de méthodes de traitement fondées sur l'expérience clinique et de soins à long terme des détenus souffrant de problèmes de santé mentale. Trop souvent, les gens sont détenus faute de place dans les établissements de médecine légale. Si les infirmières qui fournissent des soins physiques bénéficiaient d'un soutien pour faire des évaluations de santé mentale et apporter des traitements, il y aurait moins de pression sur les établissements de médecine légale et les personnes qui sont dans le système de justice et qui sont affectées par la maladie mentale pourraient être dirigées vers les soins appropriés en temps opportun⁵⁸.

Certains témoins, comme Kim Pate, directrice exécutive, Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, reconnaît qu'il n'est pas possible de former tout le personnel afin qu'il puisse faire des évaluations de santé mentale, mais elle insiste sur l'extrême importance de repérer les délinquants qui présentent des problèmes de santé mentale et de leur offrir rapidement les soins dont ils ont besoin. Elle dit que des patientes s'améliorent parfois très rapidement lorsqu'elles sont « vues par la lorgnette de la santé mentale plutôt que par celle de la criminalité »⁵⁹. Pour Howard Sapers, le personnel doit avoir appris à « faire la différence entre une crise de santé mentale et une crise sécuritaire face à un détenu qui perd les pédales »⁶⁰.

13.2.3.4 Groupes particuliers — isolement, femmes, Autochtones

Les détenus en isolement risquent plus que les autres de faire l'objet d'une évaluation insuffisante et leurs besoins de santé mentale risquent fort de ne pas être pleinement reconnus. Howard Sapers dit que les détenus en isolement, qui sont enfermés jusqu'à 23 heures par jour dans les établissements à sécurité maximale, sont souvent atteints de déficience intellectuelle ou présentent « des problèmes de comportement, des difficultés d'apprentissage et (ou) des symptômes d'hyperactivité avec déficit de l'attention, HADA, ou alcoolisme fœtal, TSAF ». Il a brossé un tableau plutôt sombre du sort réservé à ces détenus dans le système carcéral :

Les détenus en isolement risquent plus que les autres de faire l'objet d'une évaluation insuffisante et leurs besoins de santé mentale risquent fort de ne pas être pleinement reconnus.

Natalie Neault a expliqué l'importance de bien évaluer dès l'accueil les détenus qui présentent des difficultés d'apprentissage car ils « ont du mal à suivre les ordres des agents et gardiens, se retrouvent inculpés, placés en isolement et sujets à des sanctions disciplinaires

⁵⁸ 20 avril 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁵⁹ 16 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/06eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁶⁰ 7 juin 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Ces contrevenants sont incapables de suivre des programmes ordinaires, ils sont la proie d'autres détenus, ils aboutissent en isolement, ils ont une capacité limitée à faire face et ils sont habituellement classés comme à sécurité maximale. Ils n'ont pas la capacité ou les aptitudes pour se concentrer et suivre les programmes réguliers. Ils sont vulnérables et leur ségrégation est généralement plus longue que celle des autres détenus en isolement. On les envoie habituellement voir le psychiatre, qui typiquement ne trouve pas d'indice de trouble psychiatrique, et les caractérise comme présentant un problème de comportement. Ces délinquants ne remplissent donc pas les critères qui leur permettraient de bénéficier des services d'un centre de traitement, et ils restent confinés dans des établissements généraux. Ils ont des facultés d'adaptation limitées, ce qui peut les amener à se couper d'autrui, se mutiler, mettre le feu, se suicider ou tenter de le faire et, dans quelques situations extrêmes, agresser d'autres détenus ou des gardiens⁶¹.

Quelques témoins ont demandé que le personnel soit formé de manière à mieux pouvoir intervenir auprès de délinquants présentant des troubles qui risquent de les conduire en isolement, et qu'une formation soit offerte au personnel qui travaille avec les détenus en isolement. Natalie Neault a expliqué l'importance de bien évaluer dès l'accueil les détenus qui présentent des difficultés d'apprentissage car ils « ont du mal à suivre les ordres des agents et gardiens, se retrouvent inculpés, placés en isolement et sujets à des sanctions disciplinaires »⁶². Kim Pate a décrit son expérience de travail auprès de femmes placées en isolement :

Les femmes avaient été particulièrement touchées par la désinstitutionnalisation de même que pas les coupures dans les programmes sociaux, ce qui donne à croire que pour certaines femmes, la prison est devenue une sorte de système de soins de remplacement.

Vous ne pouvez imaginer le nombre de fois que j'ai dû me mettre à genoux devant une cellule d'isolement pour parler à une détenue par le passe-plat, et essayer de la convaincre d'arrêter de se taper la tête contre le mur et m'entendre dire par un membre du personnel qu'on lui avait dit de compter jusqu'à 20, parce qu'après 20 on n'a plus affaire à une tactique pour attirer l'attention, mais que c'est peut-être une question de vie ou de mort. Ce n'est pas que le personnel soit mal intentionné, mais il

⁶¹ 7 juin 2005· http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47·

⁶² 7 juin 2005· http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47·

a été formé pour croire que, jusqu'à un certain point, ce genre de comportement tient uniquement à la manipulation⁶³.

Bien que les femmes ne forment qu'un petit groupe, estimé à environ 400 dans l'ensemble de la population carcérale fédérale, elles ont des besoins de santé mentale particuliers. Howard Sapers a parlé d'une étude qui comparait les admissions dans les établissements fédéraux en 1967 et en 2004 et qui faisait ressortir une augmentation de 65 p. cent dans le nombre des délinquantes présentant des problèmes de santé mentale, chiffre qu'il faut réviser à la hausse si on tient compte des cas de consommation abusive. Il a aussi déclaré :

Service correctionnel Canada reconnaît que les femmes des établissements fédéraux connaissent un taux d'automutilation et de tentative de suicide supérieur à celui de leurs homologues masculins. La direction de la recherche de SCC a conclu que plus des deux tiers des détenues en sécurité maximale avaient fait une tentative de suicide antérieure, comparé à 21 p. cent des hommes en sécurité maximale. Le taux est donc trois fois supérieur⁶⁴.

Kim Pate a soutenu que les femmes avaient été particulièrement touchées par la désinstitutionnalisation de même que par les coupures dans les programmes sociaux, ce qui donne à croire que pour certaines femmes, la prison est devenue une sorte de système de soins de remplacement :

D'importantes économies pourraient être réalisées si on intervenait auprès des enfants autochtones avant qu'ils ne commencent à avoir des démêlés avec la justice.

À cause des coupures occasionnées par la suppression du régime d'Assistance Canada [...], nous avons assisté à une augmentation du nombre de personnes qui sont oubliées par les services de santé mentale, les services sociaux et les services d'éducation et qui aboutissent donc dans le système de justice criminelle. Cela tient au fait qu'il s'agit du seul système qui ne peut fermer ses portes en disant « Non, nous sommes complets, nous n'avons plus de lit » et qu'il n'est pas difficile d'associer un comportement souvent symptomatique d'une maladie mentale à un comportement criminel⁶⁵.

Quelques témoins ont aussi parlé de la surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale. Michael Bettman a mentionné l'existence de programmes spéciaux, créés par des Autochtones pour le bénéfice des délinquants autochtones et souvent directement offerts par du personnel autochtone. Il signale que :

⁶³ 16 février 2005· [modifié par le traducteur]
http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/06eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

⁶⁴ 7 juin 2005· http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

⁶⁵ 16 février 2005· http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/06eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

[...] la population autochtone représente 3 p. cent de l'ensemble de la population, mais 17 p. cent de notre population délinquante. Dans la région des Prairies, ce pourcentage frise les 65 p. cent⁶⁶.

Darrell Downton, coprésident, Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Regional Health Authority, a mis l'accent sur la prévention. Il estime que d'importantes économies pourraient être réalisées si on intervenait auprès des enfants autochtones avant qu'ils ne commencent à avoir des démêlés avec la justice :

Il peut exister des programmes pour venir en aide aux délinquants, mais il est beaucoup plus important d'intervenir avant que les enfants se mettent à commettre des infractions. C'est une économie de 50 000 \$ par année sans compter tous les autres avantages pour la société⁶⁷.

13.2.3.5 Toxicomanie

Selon Michael Bettman, près de 80 p. cent des délinquants fédéraux ont un problème de toxicomanie qui conduit à la récidive. Il affirme que le programme mis en œuvre par le Canada est reconnu mondialement et que divers pays européens s'en inspirent :

Le manque de continuité entre le milieu institutionnel et les programmes communautaires entraîne toutes sortes de problèmes aux délinquants, une fois remis en liberté.

Nous avons un programme de réduction de la toxicomanie dans nos établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale qui comprend le suivi. Ce sont des programmes centrés sur la réduction du préjudice visant à réduire et à prévenir la toxicomanie. On assure ensuite le suivi pendant toute la peine que purge le délinquant autant au sein de l'établissement que dans la collectivité, après sa libération⁶⁸.

Howard Sapers recommande que le SCC mette en œuvre un certain nombre de mesures pour améliorer la situation des délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie.

[...] un programme d'échange de seringues en milieu carcéral pour contrer les risques pour la santé publique associés au taux croissant d'infection à l'hépatite C et au VIH. Plusieurs pays européens ont déjà mis en place de tels programmes d'échange de seringues. Ils sont efficaces, en ce sens que les taux d'infection y sont en baisse et que le taux des détenus en bonne santé à la libération est en hausse. On ne signale

⁶⁶ 23 février 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁶⁷ 2 juin 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/17eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁶⁸ 23 février 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*aucune augmentation des cas d'abus de drogue dans les prisons, ou de l'emploi de seringues pour des agressions*⁶⁹.

Michael Flaxman, un bénévole du *From the Heart Committee* de Toronto, a demandé que les délinquants qui ont commis des crimes sans violence liés à la drogue soient tenus à l'écart des autres et aient accès à des programmes principalement axés sur la toxicomanie :

*[...] pourquoi ne pas avoir un établissement à sécurité minimale-moyenne qui offre des programmes pour les détenus ayant commis des crimes non violents liés à la drogue, selon un continuum précis qui réponde aux besoins des toxicomanes. Ces personnes ont tendance à purger des peines plus courtes que les autres, et avec la procédure d'examen expéditif pour la libération conditionnelle, qui leur permet d'être admissibles à une semi-liberté après avoir purgé le sixième de leur peine, elles pourraient se concentrer sur leur toxicomanie*⁷⁰.

Le manque de continuité entre le milieu institutionnel et les programmes communautaires entraîne toutes sortes de problèmes aux délinquants, une fois remis en liberté. Selon Ron Fitzpatrick, directeur exécutif, *Turnings*, lorsqu'un détenu qui recevait un traitement d'entretien à la méthadone est mis en liberté, il devrait être immédiatement intégré à un programme équivalent offert en milieu communautaire, mais souvent ce n'est pas le cas :

*S'il recevait un traitement d'entretien à la méthadone en prison, il doit continuer de le recevoir à l'extérieur parce qu'il l'a reçu en prison pendant cinq ans. S'il n'est pas immédiatement intégré à un programme, à cause des listes d'attente, sa seule option sera de trouver de la drogue dans la rue et là, il finira par retourner en prison. Et s'il est envoyé dans une prison provinciale pour avoir volé de la drogue, rien ne garantit qu'il sera intégré dans un programme d'entretien à la méthadone*⁷¹.

13.2.4 Commentaire du Comité

En ce qui concerne les délinquants sous responsabilité fédérale — et par extension, toute la population carcérale sous responsabilité provinciale —, le Comité vise un objectif principal, soit un relèvement des normes qui régissent les soins de santé mentale offerts dans les établissements correctionnels (et le milieu des libérations conditionnelles) afin qu'elles soient équivalentes à celles qui s'appliquent aux services offerts à la population

Pour répondre aux besoins des détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, il faut une transformation en profondeur des programmes, des modes de financement et de l'attitude de SCC.

⁶⁹ 7 juin 2005: http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/19eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁷⁰ 15 février 2005: http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/05evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁷¹ 14 juin 2005: http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

générale. Ne pas atteindre cet objectif reviendrait à condamner un trop grand nombre de personnes au syndrome de la porte tournante, c'est-à-dire à un retour perpétuel en prison. Si le but de l'incarcération est à la fois la réadaptation et la protection de la sécurité publique, cet objectif doit absolument être atteint. Sinon, il faudra en conclure que Service correctionnel Canada accorde une priorité plus haute à l'enfermement qu'à la réadaptation.

Le Comité comprend que pour répondre aux besoins des détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, il faut une transformation en profondeur des programmes, des modes de financement et de l'attitude de SCC. D'entrée de jeu, il faut procéder à une évaluation complète de la santé mentale du délinquant à son arrivée au pénitencier fédéral. Il faut des budgets pour financer les programmes et services nécessaires aux besoins de santé mentale de la population carcérale. Il faut que SCC prouve par des gestes concrets sa volonté de mettre la priorité sur la réadaptation et non sur la seule protection du public par l'enfermement. Le Comité reconnaît aussi la nécessité de recueillir et d'analyser des données, et d'approfondir la recherche dans le domaine de la santé mentale. Bref, le Comité presse Service correctionnel Canada d'accorder plus d'importance aux besoins de santé mentale et de toxicomanie des détenus – de consacrer à ces besoins autant d'attention qu'aux besoins de sécurité et d'évaluation du risque — et de faire en sorte que traitement et réadaptation soient harmonieusement coordonnés.

Pour en arriver à des normes équivalentes de soins de santé mentale pour les délinquants fédéraux en milieu carcéral et en milieu de transition après la remise en liberté, le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 72 | <p>Que Service correctionnel Canada (SCC) élabore et mette en œuvre un ensemble de normes en soins de santé mentale applicable dans les établissements carcéraux et en milieu de transition, qui soit équivalent aux normes en vigueur dans les milieux accessibles à la population générale.</p> <p>Que les normes de SCC soient fondées sur des données statistiques portant sur les délinquants sous responsabilité fédérale, leurs problèmes de santé mentale et de toxicomanie, notamment la prévalence de la maladie mentale, les traitements utilisés (psychothérapie, médication, etc.), les taux d'hospitalisation, etc.</p> <p>Que la mise en œuvre par SCC de cet ensemble de normes fasse l'objet d'un examen annuel confié à un organisme indépendant ayant des compétences dans le domaine de la santé mentale, comme la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).</p> <p>Que les données servant de toile de fond aux normes soient rendues publiques et mises à la disposition des chercheurs à des fins d'analyse indépendante.</p> <p>Que l'évaluation de rendement soit déposée au Parlement tous les ans à compter de 2008.</p> |
|----|---|

En ce qui concerne les délinquants qui ont besoin de soins et de traitements de santé mentale pendant leur incarcération dans les établissements correctionnels ordinaires, le Comité estime que le personnel devrait recevoir une formation lui permettant de faire la distinction entre une crise de santé mentale et un problème de sécurité. Les délinquants doivent recevoir les services de psychothérapie ou les autres formes de thérapie dont ils ont besoin, de la part de professionnels formés spécifiquement dans le traitement de la maladie mentale.

Le Comité presse Service correctionnel Canada d'accorder plus d'importance aux besoins de santé mentale et de toxicomanie des détenus – de consacrer à ces besoins autant d'attention qu'aux besoins de sécurité et d'évaluation du risque – et de faire en sorte que traitement et réadaptation soient harmonieusement coordonnés.

En ce qui concerne les délinquants sous responsabilité fédérale – et par extension, toute la population carcérale sous responsabilité provinciale –, le Comité vise un objectif principal, soit un relèvement des normes qui régissent les soins de santé mentale offerts dans les établissements correctionnels (et le milieu des libérations conditionnelles) afin qu'elles soient équivalentes à celles qui s'appliquent aux services offerts à la population générale. Si le but de l'incarcération est à la fois la réadaptation et la protection de la sécurité publique, cet objectif doit absolument être atteint.

Le Comité demande instamment qu'une évaluation complète de la santé mentale des délinquants soit faite, par un professionnel dûment formé, à leur arrivée à l'unité de réception, et qu'elle soit faite plus rapidement qu'à l'heure actuelle. Il appuie les efforts de réduction de préjudice et de traitement visant les délinquants toxicomanes. Au delà du programme d'entretien à la méthadone, le Comité est favorable à une évaluation complète des arguments pour et contre la création d'un programme d'échange de seringues dans les établissements fédéraux.

Le Comité recommande :

73 **Que Service correctionnel Canada fasse réaliser, par un professionnel reconnu, une évaluation clinique complète de la santé mentale de chaque délinquant, au plus tard dans les sept jours civils suivant son arrivée à l'unité de réception, afin de déterminer ses besoins en matière de soins de santé mentale ou de toxicomanie.**

Que Service correctionnel Canada donne aux agents correctionnels et autres membres du personnel, dès leur entrée en fonction, une formation leur permettant de faire la distinction entre une crise de santé mentale et un problème de sécurité.

Que Service correctionnel Canada mette des services de psychothérapie à la portée des délinquants qui en ont médicalement besoin, et que ces services soient offerts par un psychiatre, un psychologue, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé n'ayant pas la responsabilité d'évaluer le risque posé par le délinquant.

Que Service correctionnel Canada augmente la capacité de ses centres de traitement en y ajoutant des lits et du personnel.

Que Service correctionnel Canada mette immédiatement en œuvre dans tous les établissements correctionnels fédéraux des mesures de réduction du préjudice.

Après la remise en liberté des délinquants, le Comité veut des assurances à l'effet que Service correctionnel Canada se porte garant de la continuité des soins, notamment de l'accès aux médicaments au-delà de la provision pour deux semaines donnée à la libération.

Le Comité recommande :

74 Que Service correctionnel Canada mette sur pied un système de prise en charge qui garantisse aux délinquants l'accès aux traitements de santé mentale dont ils ont besoin après leur mise en liberté, notamment l'accès, sans frais, aux médicaments nécessaires jusqu'à ce qu'ils bénéficient des services communautaires provinciaux ou territoriaux.

13.3 LES FORCES ARMÉES CANADIENNES

[E]nviron la moitié des gens qui ont des problèmes ne viennent pas demander de l'aide. Nous continuons donc à travailler là-dessus. Y a-t-il de la stigmatisation? Moins qu'avant, mais je crains qu'on ne soit en train de créer deux catégories de maladies mentales. Peut-être est-il acceptable de souffrir de traumatisme lié au stress opérationnel ou de SSPT [syndrome de stress post-traumatique], mais il n'est pas acceptable de souffrir de dépression ordinaire dans l'armée. — Brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale, Défense nationale⁷²

13.3.1 La compétence fédérale

En vertu du paragraphe 91(7) de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, 1867, la responsabilité complète des questions militaires, y compris des soins de santé aux militaires, est confiée au gouvernement fédéral. La Loi canadienne sur la santé de 1984 exclut nommément les « membres des Forces armées canadiennes » de la catégorie des « assurés ». Ils ne sont pas non plus couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie ni par le Régime de soins de santé de la fonction publique.

⁷² 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

En vertu de la *Loi sur la défense nationale*, le ministre de la Défense nationale a le pouvoir de gérer et de diriger les Forces armées canadiennes⁷³. Comme l'a expliqué le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale, Défense nationale:

[L]e gouvernement fédéral a la responsabilité de tous les aspects des soins de santé des membres de la force régulière, de leur recrutement à leur retraite, et aussi pour les réservistes qui y ont droit. Cela comprend aussi les soins de santé mentale⁷⁴.

Selon le Rapport sur le rendement du Ministère pour la période se terminant le 31 mars 2005, la force régulière s'établissait à 61 715 membres en 2004-2005⁷⁵. L'effectif de la Première réserve s'élevait en 2004-2005 à 25 633 membres⁷⁶.

Par comparaison avec la population civile, Hilary Jaeger affirme que « la prévalence de la dépression dans l'année précédant l'enquête était plus élevée de 80 p. cent que celle de la population en général

Pour déterminer la prévalence de la maladie mentale parmi les membres de la force régulière et des forces de réserve, la Défense nationale et Statistique Canada ont fait établir en 2002 un Supplément Forces armées canadiennes à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Il devient ainsi possible de comparer la population civile et la population militaire du point de vue de la prévalence de certaines maladies mentales, de l'impression de bien-être psychologique et de l'utilisation des services⁷⁷.

Si le syndrome de stress post-traumatique est la forme de maladie mentale la plus souvent associée aux Forces armées canadiennes, il ne figure pas parmi les trois troubles les plus prévalents

Le brigadier-général Jaeger indique que les membres de la force régulière ont une incidence annuelle de problèmes de santé mentale d'environ 15 p. cent contre 13 p. cent dans les forces de réserve, et que la prévalence à vie s'établit à 30 et 35 p. cent⁷⁸. Par comparaison avec la population civile, Hilary Jaeger affirme que « la prévalence de la dépression dans

⁷³ *Loi sur la défense nationale* L.R.C. 1985, c. N-5, <http://lois.justice.gc.ca/fr/N-5/>.

⁷⁴ 23 février 2005 http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁷⁵ Défense nationale: *Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005* http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/ND-DN/ND-DNd45_f.asp.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 88; la Première réserve se compose de la Réserve navale, la Réserve de l'Armée de terre, la Réserve aérienne, la Réserve des communications, la Réserve des services de santé, la Réserve des services juridiques et le cadre de la Première réserve du Quartier général de la Défense nationale.

⁷⁷ Défense nationale: *L'Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les FC : une « étape clé »* http://www.forces.gc.ca/health/information/op_health/stats_can/engraph/MH_Survey_f.asp.

⁷⁸ Une lettre du brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale, Défense nationale, au sénateur Michael Kirby, président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Sénat, 2 février 2006 précisait que l'enquête n'ayant pas mesuré toutes les formes de maladie mentale, la prévalence à vie réelle était sans doute plus élevée.

l'année précédant l'enquête était plus élevée de 80 p. cent que celle de la population en général »⁷⁹.

Le brigadier-général Jaeger a aussi dit au Comité que même si le syndrome de stress post-traumatique est la forme de maladie mentale la plus souvent associée aux Forces armées canadiennes, il ne figure pas parmi les trois troubles les plus prévalents :

*La principale cause de souffrance psychologique, c'est la dépression, qui atteignait 7,6 p. cent pour l'année précédant l'enquête. La consommation excessive d'alcool ou la dépendance de type alcoolique atteignait 4 p. cent, et la phobie sociale 3,6 p. cent. Le SSPT représentait 2,8 p. cent et le trouble panique 2,2 p. cent — tous ces chiffres se rapportent à la force régulière qui, en général, a une incidence plus élevée de maladies mentales que la réserve*⁸⁰.

13.3.2 Programmes et services fédéraux

Le brigadier-général Jaeger a déclaré que les Forces canadiennes ont entrepris de renouveler en profondeur leur façon d'aborder les soins de santé mentale et ont commencé à mettre en œuvre un modèle de prestation de soins qui tient compte de facteurs multiples :

*Nous croyons à un point de vue très holistique en matière de santé mentale. Nous estimons qu'il s'agit de l'élément de la santé qui se rapporte aux questions cognitives, émotionnelles, organisationnelles et spirituelles, et que la santé mentale est bien plus que l'absence de maladie psychiatrique. Nos normes sont donc assez élevées*⁸¹.

En novembre 2005, le Bureau du médecin-chef des FC a publié une « documentation » faisant le point sur les Programmes de santé mentale des Forces canadiennes⁸². L'information porte sur la prestation des services de santé, la protection de la santé, le soutien aux blessés, le soutien aux familles, et l'initiative Rx2000 sur la santé mentale (nom du projet de réforme et restructuration des services de santé des Forces canadiennes) et les partenariats avec Anciens Combattants Canada.

⁷⁹ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁸⁰ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁸¹ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁸² Défense nationale, Salle de presse - documentation, « Compte rendu — Programmes de santé mentale des Forces canadiennes » BG 05.037, 10 novembre 2005, http://www.dnd.ca/site/newsroom/view_news_f.asp?id=1804.

13.3.2.1 Services généraux de santé mentale

Le ministère de la Défense nationale procure aux membres des Forces canadiennes des soins de santé non urgents en consultation externe dans les cliniques, centres médicaux et unités de soutien des sites militaires répartis sur le territoire canadien. Ces unités médicales traitent les maladies qui ne mettent pas la vie en danger, font des interventions chirurgicales mineures, offrent des consultations en cas de problèmes mineurs de santé mentale, et distribuent des médicaments en fonction des besoins⁸³.

**On s'adresse aux provinces
pour les services spécialisés**

Après les heures normales, en cas d'urgence ou en région éloignée, les membres des FC s'adressent aux hôpitaux et autres services de santé civils. Certaines grandes cliniques militaires offrent des soins de santé mentale spécialisés, mais en règle générale, on s'adresse aux provinces pour ces services spécialisés.

La Réforme des services de santé des Forces canadiennes (Rx2000) est un vaste projet de restructuration médicale qui comprend un volet santé mentale. Des crédits de 98 millions de dollars sur six ans ont récemment été engagés pour améliorer la prestation des services de santé des FC au moyen d'un certain nombre de mesures :

- accroître le nombre des fournisseurs de soins de santé mentale à la disposition des membres des FC partout au pays;
- normaliser les méthodes d'évaluation et de traitement de certains problèmes de santé et s'assurer que le personnel accepte bien les nouvelles approches thérapeutiques;
- perfectionner le dépistage psychosocial préalable aux déploiements pour favoriser une intervention précoce;
- améliorer les services externes d'éducation;
- faire de la recherche pour améliorer les pratiques et mesurer les résultats.

13.3.2.2 Soutien en cas de stress opérationnel

Les membres des Forces canadiennes sont soumis à des facteurs de stress particuliers lorsqu'ils participent à des missions de combat, de résolution de conflits ou de maintien de la paix. Les devoirs qu'ils accomplissent dans le cadre de la vie militaire peuvent devenir des expériences fortement traumatisantes : pertes importantes, attaques armées, prises d'otages, massacres, décès de collègues et de civils, etc.

En 1999, le Ministère a ouvert cinq Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels aux bases de Halifax, de Valcartier, d'Ottawa, d'Edmonton et d'Esquimault. On y traite les problèmes psychologiques, émotionnels, spirituels et sociaux qui résultent des opérations militaires.

⁸³ Défense nationale. *Le système de santé des militaires* « Services de santé en garnison »
http://www.forces.gc.ca/health/about_us/engraph/in_garrison_f.asp

En 2002, le MDN et Anciens Combattants Canada ont lancé conjointement le Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO), un réseau d'entraide pancanadien conçu pour aider les membres et anciens membres des FC qui souffrent de traumatisme lié au stress opérationnel (TSO).

On définit ainsi le traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) : toute difficulté psychologique persistante attribuable aux fonctions exécutées par un membre des Forces canadiennes dans le cadre d'une opération, notamment le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)⁸⁴. En 2003, les résultats préliminaires d'un programme amélioré de dépistage médical post-déploiement destiné aux membres des Forces canadiennes déployés en Afghanistan et en Asie du Sud-Ouest ont révélé un « niveau perturbant de détérioration du bien-être physique et mental »⁸⁵. Mais sur une note plus positive, le processus a permis de repérer plusieurs militaires présentant des problèmes et de les orienter vers le traitement approprié.

13.3.2.3 Stress et toxicomanie

Lorsque le travail oblige les membres des FC à se séparer de leur famille, tant la séparation que les retrouvailles peuvent être source d'émotions fortes et de stress. En 2000, la Direction de la politique médicale du MDN a publié une série de brochures portant sur le stress entourant notamment le déploiement, les retrouvailles et les incidents critiques⁸⁶.

Les politiques du Ministère en matière d'alcool et de drogues proposent des moyens d'intervention efficaces⁸⁷. Les surveillants sont invités à reconnaître les signes avant-coureurs de problèmes liés à la consommation d'alcool ou au jeu excessif et à intervenir rapidement pour prévenir de plus graves problèmes de santé et de sécurité. Dans un premier temps, on suggère des séances d'éducation et la participation de professionnels de la santé, tandis qu'une consultation ou un programme de traitement pour toxicomanie peuvent être prescrits par un médecin.

Le Ministère offre aussi des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention de certains comportements négatifs liés au stress, comme la toxicomanie, la violence familiale et le suicide. L'approche interdisciplinaire de ces programmes fait intervenir des

⁸⁴ Soutien social Blessure Stress opérationnel, *Information pour les militaires, actifs et retraités*, « Les traumatismes liés au stress opérationnel »
http://www.osiss.ca/sitePage.txp?ud_siteSectionId=14347&tx_target=main1131814980596.

⁸⁵ Mark Zamorski, *Évaluation d'un programme amélioré de dépistage médical post-déploiement destinés aux militaires canadiens déployés dans le cadre de l'opération Apollo (Afghanistan/Asie du Sud-Ouest) : Résultats préliminaires et plan d'action*, juin 2003,
http://www.forces.ca/health/information/op_health/op_apollo/engraph/op_apollo_toc_f.asp.

⁸⁶ Défense nationale, Direction de la politique médicale, série de brochures intitulées *Se préparer au stress provoqué par un incident critique*, *Un déploiement moins stressant*, *Des retrouvailles moins stressantes*, 2000
http://www.forces.gc.ca/health/information/engraph/health_promotion_home_f.asp?Lev1=2&Lev2=5.

⁸⁷ Défense nationale, *Aide Mémoire sur le rôle du surveillant en ce qui concerne l'abus d'alcool*, SCEM Protection de la santé des Forces, 2004,
http://www.forces.gc.ca/Health/Services/health_promotion/PDF/Aide%20Memoire%20for%20th e%20Supervisor%27s%20Role%20in%20Dealing%20with%20Alcohol%20Misuse.pdf.

psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières en santé mentale, des travailleurs sociaux, des intervenants en toxicomanie et des aumôniers, et tous partagent la responsabilité avec les fournisseurs de soins primaires.

13.3.2.4 *Congés et libérations pour cause médicale*

D'après le brigadier général Jaeger, environ 42 p. cent des congés de maladie que prennent les militaires sont liés à la santé mentale, et environ 23 p. cent des militaires qui sont réformés pour cause de maladie présentent comme diagnostic principal une maladie mentale⁸⁸. Elle indique que le Ministère parvient peut-être mieux que la plupart des employeurs à adapter les conditions de travail du personnel, ce qui réduit le nombre de militaires réformés pour cause de maladie :

Nous pouvons organiser du travail à mi-temps, réaffecter une personne à un travail moins stressant, ou à un travail moins exigeant physiquement⁸⁹.

Néanmoins, le colonel D. R. Boddam, principal gestionnaire des Forces canadiennes en matière de psychiatrie et de santé mentale, Défense nationale, a informé le Comité que s'il est vrai que la majorité des personnes qui reçoivent un diagnostic de maladie mentale reviennent au travail après leur traitement, il reste qu'environ 300 personnes par année sont réformées pour cause de maladie mentale. Il a ajouté que la Défense nationale vient de mettre sur pied un projet de travail conjoint avec Anciens Combattants Canada:

Pour ceux qui ont subi un préjudice psychologique par suite de leur emploi, nous voulons travailler ensemble pour être capables de fournir cette continuité des traitements, à partir du moment où ils commencent à recevoir des soins jusqu'à celui où ils retournent à la vie civile⁹⁰.

Le brigadier-général Jaeger a insisté sur le fait que ces libérations et restrictions d'emploi pour cause de maladie sont un sujet de vive préoccupation tant pour le Ministère que pour les militaires en cause :

Environ 42 p. cent des congés de maladie que prennent les militaires sont liés à la santé mentale.

Environ 2 300 de nos membres font l'objet d'un examen visant à déterminer leur capacité de demeurer au service des Forces canadiennes. Environ 23 p. cent de ces dossiers, chaque année, sont attribuables à la maladie mentale et ce n'est peut-être pas étonnant. Ces

La majorité des personnes qui reçoivent un diagnostic de maladie mentale reviennent au travail après leur traitement, il reste qu'environ 300 personnes par année sont réformées pour cause de maladie mentale.

⁸⁸ Lettre du brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale, Défense nationale, au sénateur Michael Kirby, président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Sénat, 2 février 2006.

⁸⁹ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁹⁰ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*personnes sont beaucoup plus exposées que les autres à une libération des Forces canadiennes*⁹¹.

13.3.3 Évaluation des besoins du groupe client

13.3.3.1 Soins généraux de santé mentale

Le brigadier-général Jaeger reconnaît la difficulté que présentera la mise sur pied d'équipes de santé mentale pour répondre aux besoins des membres des FC. Elle a indiqué que le Ministère va devoir doubler son personnel et qu'il sera sans doute difficile de trouver des gens compétents pour combler les postes car il faudra « recruter des professionnels dans le secteur civil, et nous savons qu'il y a une pénurie générale de professionnels de la santé »⁹².

Le colonel Boddam a indiqué que la nécessité de compter sur le système civil de soins de santé pour traiter les militaires plus gravement atteints est aussi une source de préoccupation pour les membres des FC qui ont une maladie mentale plus grave :

La nécessité de compter sur le système civil de soins de santé pour traiter les militaires plus gravement atteints est aussi une source de préoccupation pour les membres des FC qui ont une maladie mentale plus grave.

*Le nombre de lits disponibles dans les ailes psychiatriques est limité. Nous ne disposons pas de telles installations, et nous ne pouvons pas toujours y accéder rapidement. Cela nous préoccupe tout particulièrement car de par la nature de leur carrière, les militaires se déplacent fréquemment de sorte que les réseaux d'appui que constituent la famille éloignée et les amis de longue date sont moins susceptibles de venir en aide à un militaire en détresse psychologique*⁹³.

Un certain nombre des efforts conjoints de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada visent les militaires encore actifs et ceux qui sont en transition vers la vie civile. Le brigadier-général Jaegar s'est montrée optimiste devant le partenariat et la convergence des objectifs dans le secteur des services de santé mentale :

*Il s'agit de donner aux membres des Forces canadiennes l'accès aux ressources de ACC quand c'est logique, et vice versa. À plus ou moins longue échéance, nous souhaitons [intégrer les effectifs de] ces services*⁹⁴.

⁹¹ 23 février 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁹² 23 février 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁹³ 23 février 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁹⁴ 23 février 2005 · http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

13.3.3.2 Résultats des interventions en santé mentale

Sur la question de savoir si l'aveu d'une maladie mentale risque de provoquer la fin d'une carrière militaire au lieu d'un retour au travail après une période de traitement, le brigadier-général Jaeger a déclaré que :

La vaste majorité des gens qui souffrent de troubles mentaux reçoivent un traitement approprié et réintègrent leurs fonctions. Personne ne s'en aperçoit. Nous aimerions bien que quelqu'un se lève et affirme : « Cela m'est arrivé. » Il y a le général Dallaire qui est un porte-parole éloquent pour ceux qui souffrent de traumatisme lié au stress opérationnel, mais il a dû prendre sa retraite des forces armées. Toutefois, nous aimerions bien compter sur quelqu'un qui exemplifie l'envers de la médaille. Pour des raisons de confidentialité, on ne peut forcer personne à le faire. On ne peut que demander des volontaires⁹⁵.

Il a aussi été question de l'accès à la pension et du niveau des prestations, dans le cas des personnes réformées pour cause médicale. Le brigadier-général Jaeger a signalé les critères d'admissibilité très stricts du Régime d'assurance-revenu militaire (RARM)⁹⁶.

Il a aussi été question de l'accès à la pension et du niveau des prestations, dans le cas des personnes réformées pour cause médicale.

Ce régime collectif d'assurance offre des prestations d'invalidité de longue durée aux militaires blessés, invalides ou réformés pour cause médicale :

Pour ce qui est du droit à la pension, si vous êtes libéré des Forces canadiennes pour raisons médicales après 10 ans de service, vous avez droit immédiatement à une rente suivant le nombre d'années de service, à savoir 2 p. cent pour chaque année de service. Si vous êtes libéré après 16 ans de service, votre pension est de 32 p. cent indexée au taux d'inflation. Vous avez droit au régime d'assurance-revenu militaire, le RARM, qui bonifie cela à hauteur de 75 p. cent de votre salaire, mais il faut satisfaire à un certain critère, à savoir l'incapacité générale. C'est assez exigeant.

Si l'on arrive à démontrer au ministère des Anciens Combattants que l'incapacité est attribuable au service militaire ou a été aggravée par le service militaire, les administrateurs accueillent favorablement une telle

⁹⁵ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁹⁶ Académie canadienne de la défense, *En avant — Manuel à l'intention des militaires qui se préparent à quitter les Forces canadiennes*, « chapitre 8 — Pension et prestations d'invalidité », 2002, http://www.cda-acd.forces.gc.ca/er/frgraph/mss/handbook/handbook_f.asp.

requête et l'intéressé devient admissible à une pension correspondant au pourcentage de son incapacité⁹⁷.

13.3.3.3 Recours en cas de problèmes de santé mentale

Depuis quelques années, deux possibilités s'offrent aux membres des FC qui ont des griefs à formuler pour cause de problèmes de santé mentale ou autres problèmes résultant de leur travail. En 1998, le Ministre a créé un poste d'Ombudsman chargé de faire enquête sur les plaintes et d'agir à titre de tierce partie neutre dans diverses affaires mettant en cause des militaires et des employés civils de la Défense nationale et des Forces canadiennes. En 2000, on a créé le Comité des griefs des Forces canadiennes, un tribunal civil indépendant, habilité à entendre des griefs liés à divers aspects de la vie militaire et notamment au droit à des soins médicaux.

Très récemment, soit en 2004, l'Ombudsman a mené une enquête de suivi sur la question du stress opérationnel⁹⁸. Il s'est réjoui de la qualité des soins dispensés par les Cliniques de soutien aux victimes de stress opérationnel; des sommes accrues consacrées au traitement du stress opérationnel; du succès que remporte le groupe de Soutien social aux victimes de stress opérationnel, lequel a offert soutien et entraide à plus de 1 000 membres des FC. Le rapport de l'Ombudsman note tout de même qu'il y a encore des choses à améliorer, notamment :

[...] la formation et l'éducation pour changer les attitudes à l'égard des traumatismes liés au stress opérationnel; les communications entre la chaîne de commandement opérationnelle et les personnes qui traitent les membres des FC qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel; ainsi que la coordination de la formation, de l'information et des initiatives relatives aux TSO dans l'ensemble des FC⁹⁹.

En 2004-2005, le Bureau de l'Ombudsman de la Défense nationale a reçu un grand nombre de plaintes portant sur la libération des forces armées (218), des problèmes médicaux (97) et des traumatismes liés au stress opérationnel (35). Le Comité des griefs des Forces canadiennes ne fait pas état des dossiers qu'il traite se rapportant à des problèmes de santé¹⁰⁰.

⁹⁷ 23 février 2005: http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

⁹⁸ Bureau de l'Ombudsman de la Défense nationale, *Rapport annuel 2004-2005*, juin 2005, http://www.ombudsman.forces.gc.ca/reports/annual/2004-2005_f.asp.

⁹⁹ *Ibid.*, section intitulée « Suivi du traitement par les FC des traumatismes liés au stress opérationnel ».

¹⁰⁰ Comité des griefs des Forces canadiennes: voir le sommaire des causes dans l'index: une recherche n'a pas fait apparaître le SSPT; un cas de toxicomanie a toutefois été trouvé; <http://www.cfcb-cgfc.gc.ca/index-f.php>

13.3.4 Commentaire du Comité

Le Comité se réjouit de constater que le ministère de la Défense nationale offre un aussi large éventail de services aux membres des Forces canadiennes qui ont des problèmes de santé mentale. La prestation de services de soutien familial en plus des services médicaux et du soutien aux blessés est digne d'éloges. Le Comité approuve particulièrement les efforts qui sont faits pour réduire le stress causé aux militaires et à leur famille par les séparations qu'entraînent les déploiements et par les fréquentes relocalisations.

Le Comité se réjouit de constater que le ministère de la Défense nationale offre un aussi large éventail de services aux membres des Forces canadiennes qui ont des problèmes de santé mentale. La prestation de services de soutien familial en plus des services médicaux et du soutien aux blessés est digne d'éloges.

Le Comité comprend que des programmes et services de santé mentale sont relativement nouveaux et dispersés sur l'ensemble des établissements militaires. Ces initiatives devraient faire l'objet d'une évaluation soigneuse et les résultats soumis au Parlement.

Le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 75 | <p>Que le ministère de la Défense nationale fasse le relevé annuel de ses programmes et services de santé mentale.</p> <p>Que ce relevé comprenne une description claire de chaque programme ou service comprenant le nombre de clients desservis, les budgets consentis et les sommes dépensées, et une évaluation des résultats obtenus.</p> <p>Que ce relevé soit déposé au Parlement tous les ans à compter de 2008.</p> |
|----|---|

Le Comité comprend que les militaires canadiens, tant actifs que retraités, sont réticents à parler des expériences traumatisantes qu'ils ont vécues. Le Comité estime que le Ministère a la responsabilité de fournir aux militaires actifs de fréquentes occasions d'aborder la question des traumatismes liés au stress opérationnel. Bien que le soutien social offert aux militaires et à leur famille se soit amélioré, et que l'accès aux programmes et services nécessaires soit accru, le Comité estime qu'il est encore possible d'améliorer le réseau d'entraide et, à plus longue échéance, de transformer les mentalités afin que les traumatismes liés au stress opérationnel soient repérés plus tôt et les services mis en place en temps opportun. Ces traumatismes comprennent non seulement le syndrome de stress post-traumatique, mais aussi l'anxiété, la dépression et diverses autres manifestations de stress comme la consommation d'alcool et de drogue, et la dysfonction familiale.

Le Comité estime qu'il est encore possible d'améliorer le réseau d'entraide et, à plus longue échéance, de transformer les mentalités afin que les traumatismes liés au stress opérationnel soient repérés plus tôt et les services mis en place en temps opportun.

Le Comité recommande :

76	<p>Que la Défense nationale exige de tout le personnel médical qu'il reçoive une formation relative aux traumatismes liés au stress opérationnel et que cette formation comprenne notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">• la consignation du détail des antécédents militaires et des circonstances ayant produit le traumatisme;• la reconnaissance/détection des symptômes du traumatisme lié au stress opérationnel;• la connaissance des diverses modalités de traitement;• les méthodes de suivi à long terme. <p>Que la Défense nationale mette cette information à la disposition du personnel médical civil, au moyen de publications, de séminaires ou par d'autres tribunes publiques.</p> <p>Que la Défense nationale étudie les moyens de promouvoir le recours plus large aux réseaux d'entraide et la mise à contribution accrue de la famille et de la collectivité.</p>
----	---

Le Comité se préoccupe aussi du sort des réservistes qui travaillent pour la Défense nationale mais n'ont pas le même rapport à leur employeur que les militaires de la force régulière. Lorsqu'ils reviennent de mission ou d'exercices de mobilisation, ils n'ont pas nécessairement accès à tout le soutien offert sur une base militaire. Le Comité estime que le Ministère a la responsabilité de veiller à ce que des services de suivi soient également offerts aux réservistes. Il faut prévoir un temps de transition suffisant entre la force régulière et la force de réserve; veiller à ce que les réservistes reçoivent une évaluation médicale adéquate et notamment soient évalués pour traumatisme possible lié au stress opérationnel. Pour le Ministère, cela peut vouloir dire que la période d'emploi du réserviste sera prolongée jusqu'à ce que les évaluations nécessaires aient été faites.

Le Comité recommande :

77	<p>Que la Défense nationale évalue les programmes et services actuellement offerts aux réservistes en matière de problèmes de santé mentale résultant de leur mobilisation, notamment les services visant le stress post-traumatique et la toxicomanie, et qu'elle fasse rapport au Parlement.</p>
----	---

13.4 LES ANCIENS COMBATTANTS

[U]ne bonne santé mentale est capitale pour la réinsertion, et un bon programme de réinsertion est important pour la santé mentale — Brian Ferguson, Sous-ministre adjoint, Direction des services aux anciens combattants, Anciens Combattants Canada¹⁰¹

13.4.1 La compétence fédérale

Contrairement aux membres actifs des Forces canadiennes, les anciens combattants entrent dans la catégorie des « assurés », en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services de santé en général, et notamment les services de santé mentale. Dans la plupart des cas, Anciens Combattants Canada (ACC ou MAC) ne couvre pas les services non assurés par les régimes d'assurance-maladie des provinces ou territoires, bien que les anciens combattants au revenu admissible aient droit à un soutien supplémentaire. Les anciens combattants qui touchent une rente d'invalidité ont droit au remboursement de leurs frais de traitement liés à l'affection ouvrant droit à pension.

Les principales dispositions législatives qui régissent les anciens combattants et leurs soins de santé se trouvent dans la *Loi sur le ministère des Affaires des anciens combattants* et dans la *Loi sur les pensions* et, depuis 2005, dans la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*¹⁰². En vertu de la *Loi sur le ministère des Affaires des anciens combattants*, le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social. Cette Loi établit les critères d'admissibilité à plusieurs prestations, notamment les soins de santé, les adaptations domiciliaires, les coûts de déplacement pour des examens ou des traitements et autres soins de santé communautaires¹⁰³.

Dans la plupart des cas, Anciens Combattants Canada (ACC ou MAC) ne couvre pas les services non assurés par les régimes d'assurance-maladie des provinces ou territoires, bien que les anciens combattants au revenu admissible aient droit à un soutien supplémentaire.

La *Loi sur les pensions* définit l'invalidité comme « la perte ou l'amoindrissement de la faculté de vouloir et de faire normalement des actes d'ordre physique ou mental ». La *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* autorise le Ministère à offrir aux membres actifs et retraités des Forces canadiennes du soutien au placement professionnel, au recyclage professionnel et à la réadaptation, et des prestations financières, d'invalidité et de soins de santé.

¹⁰¹ 23 février, 2005- http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁰² *Loi sur le ministère des Affaires des anciens combattants* L.R.C. 1985, ch. V-1, [http://lois.justice.gc.ca/fr/V-1/Loi sur les pensions](http://lois.justice.gc.ca/fr/V-1/Loi%20sur%20les%20pensions), L.R.C. 1985, ch. P-6 <http://lois.justice.gc.ca/fr/P-6/>; *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*, <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-16.8/index.html>.

¹⁰³ *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* <http://lois.justice.gc.ca/fr/V-1/SOR-90-594/>.

Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Direction des services aux anciens combattants, Anciens Combattants Canada, décrit la façon de procéder du Ministère en ce qui a trait aux services de santé mentale :

En vertu du Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, si un besoin est lié à une affection ouvrant droit à pension, ACC paiera pour les traitements. Pour les anciens combattants se qualifiant, ACC paiera pour les traitements n'ouvrant pas droit à pension si le service n'est pas assuré par le régime provincial d'assurance-maladie.

Exception faite des services fournis à notre hôpital de Sainte-Anne, tous les services de santé qu'ACC fournit à ses clients sont offerts par les autorités provinciales, des organismes non gouvernementaux et des fournisseurs autorisés du secteur privé. Notre réseau de bureaux dans les districts et les régions nous permet de rester en contact avec les gouvernements provinciaux¹⁰⁴.

En mars 2005, ACC versait des prestations et offrait des services à environ 219 000 clients¹⁰⁵. La clientèle est formée de militaires et de civils :

- membres des Forces canadiennes et vétérans de la Marine marchande ayant servi pendant la Première Guerre mondiale, la Deuxième Guerre mondiale ou la guerre de Corée;
- civils ayant droit à des prestations pour service en temps de guerre;
- anciens membres des Forces canadiennes (dont ceux des zones de service spécial) et de la Gendarmerie royale du Canada;
- survivants et personnes à charge d'un militaire ou d'un employé civil.

En traitant spécifiquement des pensions d'invalidité et des soins de santé, Brian Ferguson a indiqué que le nombre de clients desservis par le Ministère avait légèrement diminué pour s'établir à environ 209 000 personnes. Mais il a aussi signalé une augmentation sensible des militaires actifs ou retraités des Forces canadiennes desservis par ACC :

[...] 18 p. cent [de nos clients] sont des membres actifs ou retraités des Forces canadiennes. Notre clientèle a augmenté de 58 p. cent dans les trois dernières années et nous prévoyons compter plus de 58 000 clients des Forces canadiennes d'ici 2013¹⁰⁶.

¹⁰⁴ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁰⁵ Anciens Combattants Canada, *Rapport sur le rendement 2004-2005*, p. 10, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/VAC-ACC/VAC-ACCd45_f.pdf.

¹⁰⁶ 23 février 2005. http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

M. Ferguson a expliqué qu'un sondage mené auprès des membres actifs ou retraités des Forces canadiennes avait révélé que 15 p. cent des répondants faisaient état de symptômes de stress post-traumatique mais n'avaient jamais fait de demande de pension. Malgré ce potentiel de sous-indemnisation, il a déclaré que :

Nous versons une pension à plus de 8 000 clients atteints d'affections liées à la santé mentale. Plus de la moitié d'entre eux souffrent du SSPT et chaque année, la maladie fait de plus en plus de victimes chez nos jeunes militaires.

13.4.2 Programmes et services fédéraux

13.4.2.1 Pension d'invalidité

Le droit à une pension dépend de la nature du service accompli par le demandeur. En cas de participation à une guerre, à une mission de maintien de la paix ou à d'autres formes de service spécial, la blessure ou la maladie doit être directement attribuable aux fonctions exercées par le demandeur. En cas de service en temps de paix ou de service dans la GRC, la blessure ou la maladie doit résulter directement de l'exercice des fonctions. Il en résulte deux types de pensions, comme le décrit le Tribunal des anciens combattants (révision et appel) :

La première, pour service en situation de guerre, de maintien de la paix ou de service spécial, accorde une protection 24 heures par jour et est donc couramment appelée principe d'assurance. La deuxième, pour service en temps de paix et dans la GRC, est appelée principe d'indemnisation. La protection est alors semblable à celle des programmes d'indemnisation des accidentés du travail¹⁰⁷.

Anciens Combattants Canada administre la *Loi sur les pensions* et par l'intermédiaire du Programme des pensions d'invalidité, verse une pension à ceux qui ont été rendus invalides dans l'exercice de leurs fonctions militaires en temps de guerre ou de paix, de même qu'aux membres admissibles de la GRC. La pension est proportionnelle au degré d'invalidité, certifié par un examen médical, et est déterminée d'après la Table des invalidités¹⁰⁸.

La pension est proportionnelle au degré d'invalidité, certifié par un examen médical, et est déterminée d'après la Table des invalidités. Le programme des pensions d'invalidité est la tête de pont de l'ensemble des programmes et services de soins de santé par Anciens Combattants Canada.

Le programme des pensions d'invalidité est la tête de pont de l'ensemble des programmes et services de soins de santé offerts par Anciens Combattants Canada, programmes initialement conçus pour répondre aux besoins des vétérans de guerre traditionnels plutôt que des membres actifs et retraités actuels des Forces canadiennes.

¹⁰⁷ Tribunal des anciens combattants (révision et appel), *Loi sur les pensions annotée*, 2005, <http://www.vrab-tacra.gc.ca/Documents/AnnotatedAct-March2005.pdf>.

¹⁰⁸ Anciens Combattants Canada, *Rapport sur le rendement 2004-2005*, p. 17, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/VAC-ACC/VAC-ACCd45_f.pdf.

Toutefois, la nouvelle « Charte des vétérans » — la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* — a modifié la donne. Ses modalités, dont une première ébauche est parue en décembre 2005, sont beaucoup mieux adaptées aux besoins des membres actuels des Forces canadiennes qui sont réformés pour cause d'invalidité¹⁰⁹. Elles visent à corriger les lacunes dans les programmes et services offerts aux membres admissibles réformés pour raison médicale et à ceux qui ont quitté volontairement les Forces canadiennes et se sont découverts par la suite une invalidité liée à leur service militaire.

On peut lire dans l'introduction du Règlement :

[L]a Loi soutiendra l'ensemble des avantages sociaux actuel fourni par le Régime d'assurance-revenu militaire (RARM) et le ACC. La plupart des militaires de FC qui sont libérés volontairement et qui sont ultérieurement atteints d'une invalidité liée au service ne pouvaient, jusqu'à maintenant, qu'être admissibles à une pension du MAC et aux soins de santé connexes. Le RARM continuera d'offrir aux membres des FC libérés pour raisons de santé des indemnités de remplacement de revenu et de réadaptation professionnelle. En vertu de la Loi, le MAC répondra aux besoins du groupe connaissant des lacunes et offrira des avantages supplémentaires au groupe inscrit au RARM, comme une réadaptation professionnelle additionnelle, une réadaptation médicale ou psychosociale, et l'allocation de soutien du revenu¹¹⁰.

13.4.2.2 Programme de soins de santé

À l'heure actuelle, les clients admissibles à des soins ou des services de santé à la charge d'ACC ont une carte d'identification qui leur donne accès à des fournisseurs de soins partout au pays. Anciens Combattants Canada offre un large éventail de services et de soins en vertu des mandats du Programme de prestations de traitement, du Programme de soins de longue durée et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Ces services comprennent notamment :

On espère que le nouveau Programme des soins de santé « comblera les lacunes de l'assurance-santé après la libération en veillant à ce que les vétérans des FC libérés aient accès à une assurance-santé de groupe familiale.

- des services communautaires de santé mentale (ce qui englobe une gamme complète de soins non offerts par la province) pour les vétérans de guerre et les retraités des Forces canadiennes qui répondent aux critères de revenu ou qui touchent une pension d'invalidité résultant de leur service militaire;

¹⁰⁹ Gouvernement du Canada, *Gazette du Canada*, « Règlement sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes » vol. 139, no 51, 17 décembre 2005, <http://canadagazette.gc.ca/partI/2005/20051217/html/regle7-f.html>.

¹¹⁰ *Ibid.*, le Régime d'assurance-revenu militaire (RARM) est décrit sous la rubrique précédente 13.3.3.2.

- des soins institutionnels de santé mentale (soins psycho-gériatriques, maladie d'Alzheimer) aux vétérans admissibles, à l'hôpital ministériel de Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), dans des hôpitaux provinciaux dont le Ministère loue des lits, ou à l'hôpital que choisit le client;
- des soins généraux de santé mentale ainsi que des soins pour syndrome de stress post-traumatique et stress opérationnel, dans le cadre de services offerts conjointement par ACC et le MDN.

La *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* autorise le Ministre à « établir un programme d'assurance collective similaire au Régime de soins de santé de la fonction publique créé par le Conseil du Trésor »¹¹¹. On espère que le nouveau Programme des soins de santé « comblera les lacunes de l'assurance-santé après la libération en veillant à ce que les vétérans des FC libérés pour raisons de santé (avec certaines exceptions pour les réservistes), les vétérans des FC ayant besoin de réadaptation et certains survivants qui sont présentement inadmissibles à l'assurance-santé, aient accès à une assurance-santé de groupe familiale »¹¹².

13.4.2.3 Efforts conjoints en santé mentale

Certains des programmes et services résultant de la stratégie conjointe d'ACC-MDN en santé mentale annoncés en 2002 comprennent ce qui suit :

- une ligne d'urgence, maintenue conjointement par ACC, MDN et Santé Canada, offrant des services de consultation téléphonique aux anciens combattants et à leur famille, en situation de crise;
- un centre conjoint MDN/ACC à Ottawa pour le soin des militaires blessés et réformés et leur famille, l'accès étant facilité par un numéro sans frais;
- un réseau pancanadien d'agents d'ACC et du MDN consacrés à l'identification précoce des besoins de transition des clients, notamment leurs besoins de prestations d'invalidité;
- un réseau de cliniques de traitement des TSO partout au pays, piloté par le Centre de Sainte-Anne, les autres cliniques étant à London, Winnipeg et Québec¹¹³.

¹¹¹ *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*, 2005, ch.21, <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-16.8/texte.html>.

¹¹² « Un besoin de réadaptation est un problème de santé physique ou mentale attribuable surtout au service dans les Forces canadiennes et constitue une entrave à la réinsertion dans la vie civile. » Gouvernement du Canada, *Gazette du Canada*, « Règlement sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes », vol. 139, no 51, 17 décembre 2005, <http://canadagazette.gc.ca/partI/2005/20051217/html/regle7-f.html>.

¹¹³ Le Centre national d'expertise clinique en santé mentale de Sainte-Anne-de-Bellevue a pour mandat de faire progresser les soins cliniques de santé mentale par l'élaboration d'un programme d'expertise clinique, la recherche, l'avancement des connaissances cliniques, la sensibilisation de la population et les

La stratégie en matière de santé mentale comprend aussi la formation continue pour que le personnel reste bien au courant de l'évolution des programmes et services conçus pour mieux s'adapter aux besoins des clients, et la recherche dans le secteur des TSO en partenariat avec le MDN et d'autres. Le projet de règlement qui accompagne la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* donne des renseignements sur la prestation des soins par l'intermédiaire de fournisseurs multiples :

[...] engagera souvent la participation de plusieurs fournisseurs de services de différents organismes, ainsi que des fournisseurs du secteur privé, tandis que le gestionnaire de cas du MAC sera responsable de la coordination de ces services. Par exemple, en cas de problème de santé mentale, l'étape de réadaptation médicale pourrait comporter la participation du médecin, d'un psychiatre en milieu hospitalier, d'une équipe d'intervenants en santé mentale de la collectivité ou d'un thérapeute du secteur privé engagé par le MAC. L'étape psychosociale peut impliquer la participation d'un ergothérapeute ou de spécialistes de la gestion de la douleur tandis que l'étape de réadaptation professionnelle peut comprendre des services d'évaluation spécialisés et la participation de formateurs¹¹⁴.

Dans le domaine du stress post-traumatique et autres formes de traumatismes liés au stress opérationnel, d'autres travaux sont en cours au sein de la structure militaire et du milieu médical civil. En particulier, ACC appuie activement le Programme de soutien social par les pairs aux victimes de stress opérationnel créé par le MDN :

Ce programme d'entraide pancanadien fonctionne grâce à la participation de membres et d'anciens combattants des Forces canadiennes qui ont eux-mêmes souffert de traumatismes liés au stress opérationnel et qui veulent aider leurs collègues à guérir. À l'échelle du pays, le MDN peut actuellement compter sur les services de 13 coordonnateurs de soutien qui, jusqu'à présent, sont venus en aide à plus de 1 400 clients. Ce réseau fait appel à un grand nombre de bénévoles et nous avons des brochures, que nous ferons distribuer aux membres du comité, pour leur montrer certains aspects du travail des bénévoles qui viennent en aide aux coordonnateurs de soutien. — Brian Ferguson¹¹⁵

activités de rapprochement. Anciens Combattants Canada, *Communiqué de presse*, « Ouverture officielle du Centre national d'expertise clinique en santé mentale » 7 novembre 2005, <http://news.gc.ca/cfmx/view/en/index.jsp?articleid=181199&>.

¹¹⁴ Gouvernement du Canada, *Gazette du Canada*, « Règlement sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes », vol. 139, no 51, 17 décembre 2005, <http://canadagazette.gc.ca/partI/2005/20051217/html/regle7-f.html>.

¹¹⁵ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

13.4.3 Évaluation des besoins du groupe client

Les anciens combattants qui ont des problèmes de santé mentale forment un groupe très divers ayant besoin d'un large éventail de services d'aide à la réinsertion : transition assistée; recherche d'emploi; réadaptation; recyclage; soutien du revenu; soins de santé; soutien à la famille; et autres éléments favorisant l'autonomie.

Les anciens combattants qui ont des problèmes de santé mentale forment un groupe très divers ayant besoin d'un large éventail de services d'aide à la réinsertion : transition assistée; recherche d'emploi; réadaptation; recyclage; soutien du revenu; soins de santé; soutien à la famille; et autres éléments favorisant l'autonomie.

13.4.3.1 Pension d'invalidité

Selon Brian Ferguson, Anciens Combattants Canada veut mettre au point une seule et même approche pour répondre aux besoins de santé mentale tant des vétérans âgés que des plus jeunes.

Les membres actifs et retraités des FC dont le service militaire s'est déroulé en temps de paix se disent insatisfaits du mode actuel d'accès aux pensions.

S'ils ont une maladie ou un état ouvrant droit à pension et ont besoin de traitements, nous payons pour ces traitements, et nous nous tenons au courant des traitements qu'ils reçoivent¹¹⁶.

Cependant, les membres actifs et retraités des FC dont le service militaire s'est déroulé en temps de paix, qui forment aujourd'hui, avec les survivants et personnes à charge du personnel militaire, un groupe plus important de bénéficiaires de pensions d'invalidité que les vétérans de guerre, se disent insatisfaits du mode actuel d'accès aux pensions.

L'ironie c'est que les soldats du MDN, en bonne santé (pour la plupart) et aptes au travail, ont accès à un ombudsman indépendant alors que les anciens combattants invalides et inaptes au travail n'en ont pas.

Une vérification comptable du Programme de pension d'invalidité, réalisée en 2005, a montré que les clients des FC estiment qu'il y a :

[...] une compréhension insuffisante de la culture du MDN, y compris de la structure de commandement, et du stress physique, mental et émotionnel de l'entraînement militaire et du déploiement dans des contextes opérationnels outre-mer dangereux¹¹⁷.

Pour le moment, le Tribunal des anciens combattants (révision et appel) accueille deux niveaux d'appels concernant les demandes de pension d'invalidité et constitue le dernier niveau d'appel des décisions sur les allocations. Pour la période allant d'avril 2004 à mars

¹¹⁶ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹¹⁷ Anciens Combattants Canada, *Volume II, Évaluation du Programme de pension d'invalidité, juillet 2005* http://www.vac-acc.gc.ca/general/sub.cfm?source=department/reports/deptaudrep/disapen_eval_july2005.

2005, le Tribunal a entendu 6789 demandes¹¹⁸. Les clients et certains autres observateurs signalent des difficultés dans l'évaluation des demandes de prestations pour invalidité psychologique en raison du manque de clarté et d'objectivité des critères et des normes. Ils indiquent que dans le feu de l'action, on estime peu prioritaire de consigner par écrit les détails d'incidents qui ne mettent pas la vie en danger, mais qui peuvent néanmoins avoir des répercussions sur la santé mentale.

En juin 2005, la revue *Esprit de Corps* a publié un communiqué de presse demandant qu'Anciens Combattants Canada crée un poste d'ombudsman, semblable à celui des FC, en précisant que :

L'ironie c'est que les soldats du MDN, en bonne santé (pour la plupart) et aptes au travail, ont accès à un ombudsman indépendant alors que les anciens combattants invalides et inaptes au travail n'en ont pas.

Le communiqué de presse entraine ensuite dans le détail des complexités des invalidités actuelles et, par conséquent, du faible taux d'attribution de pensions :

On attribue le plus fréquemment une pension de 20 p. cent ou 400 \$/mois pour des invalidités qui ont rendu l'ancien combattant inapte au travail. Par conséquent, la personne, déjà hypothéquée sur le plan physique et(ou) psychologique, doit entreprendre un long et très démoralisant processus de révision et d'appel, qui prendra facilement de trois à cinq ans, avant de recevoir une indemnisation adéquate¹¹⁹.

13.4.3.2 Gestion de cas

La méthode de gestion de cas adoptée par Anciens Combattants Canada permet au ministère de suivre l'évolution de l'état de chaque client. Le but est de simplifier l'accès aux programmes existants et de fournir un service adéquat de prise en charge, surtout pour ceux qui sont réformés pour raison médicale et qui ont souvent besoin de beaucoup d'aide pour se réinsérer dans la vie civile. On veut que le responsable du dossier aide la personne à s'y retrouver dans le dédale des fournisseurs de services et des prestations offertes par ACC, le MDN, le RARM, le ministère du Développement social, le Programme de pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada, le système d'assurance-maladie provincial ou territorial et les services locaux d'aide sociale.

Un responsable de dossier peut aider le client et sa famille à composer avec le déséquilibre psychologique et à s'y retrouver dans le dédale des programmes.

La liste des prestataires possibles de service est longue, l'interrelation entre les différents programmes est complexe, et les choix à faire ne

¹¹⁸ Tribunal des anciens combattants (révision et appel) « À propos du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) » <http://www.vrab-tacra.gc.ca/IciTACRA.htm>.

¹¹⁹ Ombudsman Ontario, « *The Case for a VAC Ombudsman — Esprit de Corps* », juillet 2005. [traduction]

sont pas toujours clairs. Parfois, les prestations obtenues d'un programme privent des prestations d'un autre. Tout ça est d'une administration fastidieuse et nuit à la qualité du service¹²⁰.

M. Ferguson a bien montré comment un responsable de dossier pouvait intervenir pour simplifier la vie d'un client qui a perdu son revenu et sa carrière. Une telle personne peut aider le client et sa famille à composer avec le déséquilibre psychologique et à s'y retrouver dans le dédale des programmes :

Il s'agit du cas d'un ancien combattant de 40 ans qui touche une pension établie à 80 p. cent. Ce client souffre du syndrome de stress post-traumatique par suite de son service dans une zone de service spécial, et il a des tendances suicidaires. Sa femme et ses enfants l'ont quitté parce qu'ils craignaient pour leur propre sécurité. Après son congé de l'hôpital, ses appels au secours sont restés sans réponse, les organismes locaux n'ayant pas les ressources nécessaires pour lui venir en aide en cette période difficile, ce qui n'est pas inusité. Il a appelé le service d'aide d'ACC et a parlé à un conseiller de secteur qui s'est mis en rapport avec le bureau de district compétent pour explorer les possibilités d'aide à sa disposition. Au départ, nous avons conclu une entente avec nos partenaires des États-Unis pour que le client y reçoive des traitements, mais il s'est ensuite présenté une possibilité d'aide à l'échelle locale. En effet, grâce à nos partenariats avec le MDN, et les praticiens locaux, le centre de soutien pour trauma et stress opérationnels du MDN de la région a pu lui dispenser des traitements. Par la suite, le bureau local de district d'ACC prendra son cas en charge et maintiendra le contact avec les cliniciens¹²¹.

13.4.3.3 Prestation de services

Anciens Combattants Canada, comme les autres ministères fédéraux qui ont des clients aux prises avec des problèmes de santé mentale, a du mal à obtenir des services offerts par des fournisseurs provinciaux.

Anciens Combattants Canada a du mal à obtenir des services offerts par des fournisseurs provinciaux.

M. Ferguson a expliqué que le ministère cherche à adopter une approche d'intervention précoce pour éviter que les problèmes de santé mentale ne s'aggravent :

À l'heure actuelle, comme il est difficile pour ACC, sans parler du MDN et de la population du Canada, de mettre la main sur des services d'aide psychiatrique, nous dépensons nos énergies sur l'intervention

¹²⁰ Anciens Combattants Canada - Conseil consultatif sur les Forces canadiennes, *Respecter l'engagement du Canada : offrir « possibilités et sécurité » aux anciens combattants des Forces canadiennes et à leurs familles au XXI^e siècle*, mars 2004 [traduction] <http://www.vac-acc.gc.ca/clients/sub.cfm?source=councils/vaccfac/commitment>.

¹²¹ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

précoce en vue de détecter les problèmes au tout début et ainsi éviter que ne surviennent des situations graves. De plus, nos professionnels de la santé dans les bureaux de district peuvent non seulement intervenir au nom des clients et les aider à recevoir les soins qu'il faut, mais ils peuvent suivre de près leurs progrès après un épisode critique¹²².

La télésanté est une solution prometteuse tant pour le Ministère que pour les clients. Anciens Combattants Canada, en collaboration avec la faculté de médecine de l'université Memorial de Terre-Neuve, utilise la technologie de la vidéoconférence pour mettre

La télésanté est une solution prometteuse tant pour le Ministère que pour les clients.

les clients en rapport avec des psychologues¹²³.

Le D^r Ted Callanan, président, Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador, a commenté le programme de soutien social et de traitement qu'ACC met à la disposition de ceux qui souffrent de syndrome de stress post-traumatique ou d'autres problèmes liés au service militaire. Il a indiqué que si certains clients choisissent de venir à St. John's, où se trouvent la plus grande partie des services, la télésanté offre une autre possibilité à ceux qui vivent ailleurs dans la province :

[I]ls peuvent maintenant avoir accès à leurs conseillers via la technologie de la télésanté, et c'est en fait plutôt populaire. On s'est interrogé pour savoir pourquoi certaines personnes choisissent d'utiliser les centres de télésanté dans les petites villes, quelque chose qui commence maintenant à se faire en Nouvelle-Écosse et ailleurs au pays. Ce n'est pas pour remplacer ce qui existe, mais pour offrir aux anciens combattants une autre façon d'y avoir accès. (15 juin 2005)

13.4.4 Commentaire du Comité

Le Comité voit d'un bon œil les efforts visant à optimiser la façon dont la santé mentale est évaluée et dont sont indemnisés les anciens combattants qui ont subi des blessures ou des traumatismes. Il se réjouit des efforts consentis pour créer des partenariats et mieux coordonner les activités d'ACC et du MDN. La mise en réseau de ces deux ministères favorisera une amélioration des services offerts aux membres des FC et aux autres clients.

Le Comité s'inquiète du fait que les anciens combattants n'ont pas accès à une instance comme celle de l'Ombudsman des Forces canadiennes. Il voit les mérites d'un organisme indépendant et objectif chargé d'étudier les griefs des anciens combattants et de faire des recommandations.

¹²² 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹²³ Anciens Combattants Canada, *Aide à la communauté militaire*, http://www.vac-acc.gc.ca/clients-f/sub.cfm?source=salute/osi_edition/cf_support.

Comme c'est le cas pour d'autres groupes de clients fédéraux, le Comité craint que le Parlement ne soit pas au courant de tous les efforts qui sont faits pour faciliter la transition vers la vie civile et donner une bonne qualité de vie aux anciens combattants frappés d'invalidité.

Par conséquent, le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 78 | <p>Qu'Anciens Combattants Canada, conjointement avec le ministère de la Défense nationale, établisse un relevé annuel des programmes et services de santé mentale, indiquant le nombre de clients desservis, les budgets accordés et les sommes dépensées, et les résultats obtenus.</p> <p>Que ce rapport soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.</p> |
|----|---|

Le Comité s'inquiète du fait que les anciens combattants n'ont pas accès à une instance comme celle de l'Ombudsman des Forces canadiennes. Il voit les mérites d'un organisme indépendant et objectif chargé d'étudier les griefs des anciens combattants et de faire des recommandations.

Le Comité voit d'un bon œil les efforts visant à optimiser la façon dont la santé mentale est évaluée et dont sont indemnisés les anciens combattants qui ont subi des blessures ou des traumatismes. Il se réjouit des efforts consentis pour créer des partenariats et mieux coordonner les activités d'ACC et du MDN.

Le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 79 | <p>Que le gouvernement du Canada crée à l'intention des anciens combattants une instance semblable à celle de l'Enquêteur correctionnel, de l'Ombudsman des Forces canadiennes ou du Comité externe d'examen de la GRC.</p> <p>Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des anciens combattants.</p> <p>Que cette instance fasse rapport au Parlement à tous les ans.</p> |
|----|---|

13.5 LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA

[L]es méthodes traditionnelles de maintien de l'ordre n'apportent pas les résultats souhaités lorsqu'il est question d'intervenir auprès d'une personne atteinte d'une maladie mentale. — Shirley Heafey, présidente, Commission des plaines du public contre la GRC¹²⁴

13.5.1 La compétence fédérale

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, « les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade » sont exclus de la définition de l'« assuré ». La Gendarmerie royale du Canada est régie par la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*¹²⁵, qui détermine les qualités requises pour être membre de la GRC. Le *Règlement de la Gendarmerie royale du Canada* établit les conditions dans lesquelles un membre régulier ou un membre spécial peut avoir accès à des services médicaux sous réserve de l'approbation du commissaire¹²⁶. Au 31 mars 2005, la GRC comptait 22 557 employés, comprenant les membres réguliers, les membres civils et les fonctionnaires¹²⁷.

Le *Règlement de la Gendarmerie royale du Canada* comprend un certain nombre de dispositions relatives à la santé mentale comme cause d'incapacité, mais ne fait pas de distinction entre une incapacité causée par le travail et une autre qui ne le serait pas. En ce qui concerne le renvoi par mesure administrative, « le membre, autre qu'un officier, peut être renvoyé de la Gendarmerie, et l'officier peut faire l'objet d'une recommandation de renvoi de la Gendarmerie, pour l'un des motifs suivants, a) incapacité physique ou mentale après examen par un conseil médical ».

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui deviennent invalides par suite d'une mission en service spécial¹²⁸ et qui ont par conséquent été démis de leurs fonctions à la GRC ont le droit d'être nommés en priorité à un poste de la fonction publique pour lequel ils sont compétents¹²⁹. De plus, après leur retraite obligatoire, la *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada* précise que le prestataire de prestations supplémentaires peut être :

¹²⁴ 10 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹²⁵ *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*, L.R.C. 1985, ch. R-10, <http://lois.justice.gc.ca/fr/R-10/index.html>.

¹²⁶ *Règlement de la Gendarmerie royale du Canada*, 1988 (SOR/88-361) <http://lois.justice.gc.ca/fr/R-10/SOR-88-361/174146.html>.

¹²⁷ Gendarmerie royale du Canada, *Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005* http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/RCMP-GRC/RCMP-GRCd4502_f.asp#glance.

¹²⁸ On entend par service spécial la participation à un conflit armé, une mission de maintien de la paix, des activités anti-terroristes, une opération de secours aux sinistrés ou une opération de recherche et de sauvetage.

¹²⁹ Commission de la fonction publique, *Admissibilité à une nomination prioritaire — membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui deviennent handicapés*, http://www.psc-cfp.gc.ca/staf_dot/priority-priorite/rcmp-grc_f.htm.

une personne qui, n'ayant pas atteint l'âge de soixante ans, reçoit une pension à l'issue de sa retraite obligatoire de la Gendarmerie au motif que son état de santé physique ou mentale l'a rendue invalide¹³⁰.

En 2003, Anciens Combattants Canada a pris en charge la responsabilité d'administrer la pension d'invalidité et les prestations de soins de santé des membres de la GRC qui touchent une pension en raison d'une blessure ou d'une maladie liée à leur travail. ACC est ainsi devenu responsable des versements directs de pension d'invalidité à environ 3 800 pensionnés de la GRC et de la prestation de services de santé à environ 800 policiers et civils retraités¹³¹. Au début de 2005, on estimait que ACC desservait plus de 5 000 clients de la GRC, dont 300 survivants d'un membre de la GRC touchant une pension¹³².

13.5.2 Programmes et services fédéraux

Le Comité externe d'examen de la GRC a été créé en 1988 pour procéder à l'examen impartial de certains griefs et en appeler de certaines mesures disciplinaires. Une fois son examen terminé, le Comité fait des recommandations au commissaire de la GRC, qui rend une décision finale mais doit justifier sa décision lorsqu'elle diffère de celle du Comité.

Le manque de formation sur les moyens de réagir aux manifestations publiques de maladie mentale semble être endémique et bien ancré dans les rouages internes de la GRC.

Divers rapports du Comité externe d'examen permettent de glaner des renseignements sur les problèmes de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie des membres de la GRC, notamment les congés de maladie, les insuffisances de rendement et la dépendance à l'alcool qui résultent des facteurs de stress auxquels sont soumis les membres de la GRC¹³³. Certains cas de congédiement pour conduite déshonorante, soumis au Comité externe d'examen de la GRC, ont révélé des facteurs de stress qui ont conduit à un ordre de démission volontaire sous peine de congédiement ou à un renvoi pour motif médical, en raison d'incapacité psychologique.

Le juge a affirmé que la formation de la GRC en ce qui concerne les maladies mentales était inexistante ou insuffisante.
— **Shirley Heafey**

Un certain nombre de témoins ont parlé au Comité du manque de sensibilité des policiers de la GRC dans leur façon de traiter les civils atteints de maladie mentale. Ils signalent que le manque de formation sur les moyens de réagir aux manifestations publiques de maladie mentale semble être endémique et bien ancré dans les rouages internes de la GRC. À cet

¹³⁰ *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada*, L.R.C. 1985, ch. R-11, <http://lois.justice.gc.ca/fr/R-11/texte.html>.

¹³¹ Gendarmerie royale du Canada, « Anciens Combattants Canada et la Gendarmerie royale du Canada unissent leurs efforts pour offrir de meilleurs services », *Communiqué de presse de la GRC*, 17 février 2003.

¹³² GRC, « La nouvelle charte des anciens combattants — Message de la dirigeante principale des ressources humaines », 24 mai 2005, http://www.rcmp.ca/vets/new_charter_f.htm#top.

¹³³ Comité externe d'examen de la gendarmerie royale du Canada, *Publications*, comprend notamment des rapports de recherche et des communiqués sur des cas particuliers, http://www.erc-ccc.gc.ca/français/publications_date_f.html.

égard, Shirley Heafey, présidente de la Commission des plaintes du public contre la GRC, a déclaré au Comité que :

En 2003, la GRC a fait l'objet d'une enquête judiciaire sur la mort par balle d'une personne en état de crise. Le juge a affirmé que la formation de la GRC en ce qui concerne les maladies mentales était inexistante ou insuffisante et que les trois membres de la GRC visés dans cette affaire accepteraient volontiers de recevoir une formation plus approfondie et adéquate¹³⁴.

Doris Ray a raconté au Comité son expérience vécue en qualité de membre de la famille :

L'agent a raconté qu'il avait pris connaissance des symptômes de la schizophrénie par son beau-frère qui en souffrait. Sa formation dans la GRC, souvent le premier recours pour les familles en situation de crise, surtout dans les petits villages, comprenait très peu d'information sur la façon de reconnaître et de traiter les symptômes de la psychose. J'ai récemment demandé à un jeune officier s'il avait reçu plus de formation à ce sujet, et il m'a répondu qu'on en donne encore moins qu'avant¹³⁵.

En général, la GRC offre un ensemble de services de santé pour faire en sorte que ses membres réguliers soient physiquement et émotionnellement en mesure d'exercer leurs fonctions. Lorsqu'un membre actif de la GRC utilise un service offert par la province, il présente son numéro de client qui témoigne de l'autorisation donnée par un agent des services de santé de la GRC; le service de santé facture alors la GRC. Chaque division de la GRC a généralement un médecin comme agent régional des services de santé, ainsi qu'un psychologue régional et un nombre variable d'infirmières en santé du travail.

Les policiers s'imaginent que d'admettre l'existence d'un problème et demander de l'aide sont des signes de faiblesse.

Une étude réalisée en 1992 a établi trois grandes sources de stress professionnel pouvant entraîner chez les policiers des symptômes relativement courants de maladie mentale comme la dépression, l'épuisement professionnel et le suicide¹³⁶ :

- facteurs externes : comparutions devant un tribunal, contre-interrogatoires, attente prolongée de décisions judiciaires, manque d'encouragement de la population, relations avec les minorités et image de la police véhiculée par les médias;

¹³⁴ 10 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹³⁵ 6 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/18eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹³⁶ Comité externe d'examen de la Gendarmerie royale du Canada, *La santé et la sécurité au travail — une optique patronale*, Document de recherche⁹, 1992 <http://www.erc-ccc.gc.ca/Discussion/francais/fDP9.htm>.

- facteurs internes : structure du corps policier, manque de participation à l'organisation du travail, problèmes de communication, manque de soutien de la part des supérieurs, excès de bureaucratie, formation, évaluation de rendement, salaire, promotion, manque de ressources humaines et matérielles;
- facteurs liés au travail : travail intensif suivi de périodes d'inactivité, rôles conflictuels et ambigus, perception de danger, complexité des tâches, manque d'autonomie, sentiments ambigus, exposition à la misère, à la douleur et à la mort.

Cette étude a établi un rapport entre les facteurs de stress professionnel et certains comportements comme une productivité réduite, un temps de réaction plus long, les erreurs de jugement, l'insatisfaction au travail, le goût de démissionner, l'absentéisme et les accidents¹³⁷. Un autre rapport, portant sur les programmes d'aide aux employés, a fait ressortir la difficulté de mettre de tels programmes en œuvre en milieu policier, car les services de police constituent souvent une « société fermée » et les policiers s'imaginent que d'admettre l'existence d'un problème et demander de l'aide sont des signes de faiblesse¹³⁸.

Quand la GRC recrute des psychologues, « elle offre 20 000 à 30 000 dollars de moins que dans les hôpitaux.

Les services offerts aux agents de la GRC par les services de santé de la GRC sont variables. Les agents des services de santé assurent la gestion de cas — évaluation, aiguillage et suivi vers des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et problèmes personnels connexes¹³⁹. Dorothy Cotton, psychologue et coprésidente de Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison, dit que quand la GRC recrute des psychologues, « elle offre 20 000 à 30 000 dollars de moins que dans les hôpitaux ». Elle ajoute qu'on « ne peut recruter des gens quand on propose aussi peu. Et que cela en dit long sur la façon dont la GRC considère la profession »¹⁴⁰.

13.5.3 Évaluation des besoins du groupe client

La GRC a récemment annoncé qu'elle était inscrite parmi les meilleurs employeurs du pays dans l'édition 2006 de *Canada's Top 100 Employers*¹⁴¹. Ses propres sondages sur le rendement de 2003-2004, toutefois, révélaient des problèmes liés au moral, au milieu de travail, aux communications, aux outils et à la formation, à la charge de travail, aux responsabilités et aux systèmes de soutien. Selon les sondages, le taux de satisfaction au travail s'établissait à 61 p. cent; « bien que les employés soient fiers de la GRC et de leur travail, ils sont

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ Comité externe d'examen de la Gendarmerie royale du Canada, *Programmes d'aide aux employés — Philosophie, théorie et pratique*, Document de recherche 5, 1990 <http://www.erc-ccc.gc.ca/Discussion/francais/fDP5.htm>.

¹³⁹ Santé Canada, *Profil — Alcoolisme et toxicomanie Traitement et réadaptation au Canada*, « Rôle du gouvernement fédéral dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies », 1999 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/profile-profil/federal_f.html.

¹⁴⁰ 16 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/06eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁴¹ GRC, *Communiqué de presse*, « La GRC figure sur la liste des 100 meilleurs employeurs », 18 octobre 2005, http://www.rcmp-grc.gc.ca/news/n_0524_f.htm.

préoccupés par certaines questions comme la charge de travail, l'équité et le perfectionnement professionnel »¹⁴².

En 2002, Norman Sabourin, directeur exécutif et avocat principal du Comité externe d'examen, a écrit un article intitulé « Le renvoi pour raisons médicales et le devoir d'accommodement à la GRC ». Dans sa conclusion, il soutient que la GRC devra « prendre les mesures d'accommodement qui conviennent pour tout membre ayant une déficience qui voudra continuer à travailler, ou bien il faudra prouver que la GRC subirait une contrainte excessive si elle prenait de telles mesures ». Il ajoute que « cela exigera que l'on apporte des changements importants aux politiques existantes »¹⁴³.

La GRC n'est pas visée par la nouvelle charte des anciens combattants et se trouve donc exclue des propositions de changements aux programmes et services d'ACC destinés aux clients des FC.

On constate une disparité entre les services et prestations d'invalidité offerts aux membres de la GRC et ceux qui sont offerts aux autres clients desservis par Anciens Combattants Canada. Par exemple, les membres de la GRC n'ont pas accès aux services du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (soins à domicile, adaptations domiciliaires, transport, services de soins ambulatoires et infirmière à domicile). ACC se dit prêt à envisager des moyens de combler ces lacunes :

Jusqu'ici, la recherche effectuée de concert avec la GRC révèle que même si elle ne partage pas les mêmes points de vue, attitudes et mentalités que les clients des FC, la GRC comprend et semble s'identifier aux questions qui préoccupent les FC. Nul doute que cela est attribuable au fait que les deux groupes ont travaillé dans des contextes et environnements similaires, ou y ont été exposés. Cela comprend des déploiements dans des opérations de maintien de la paix ou dans des zones de service spécial. Afin d'aborder correctement le problème des lacunes concernant les services/avantages, le personnel d'ACC devra recevoir la formation nécessaire pour mieux comprendre la GRC et la culture de la « gendarmerie »¹⁴⁴.

Cependant, la GRC n'est pas visée par la nouvelle charte des anciens combattants et se trouve donc exclue des propositions de changements aux programmes et services d'ACC destinés aux clients des FC. La GRC a dit préférer faire sa propre évaluation des besoins :

La GRC a choisi de procéder à une évaluation des besoins de ses membres actifs et à la retraite relativement à des services et des programmes modernisés. Cette évaluation est nécessaire en raison de

¹⁴² GRC, *Rapport de rendement 2003-2004*, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/03-04/RCMP-GRC/RCMP-GRCd3401_f.asp#Lines.

¹⁴³ Norman Sabourin, « Le renvoi pour raisons médicales et le devoir d'accommodement à la GRC » Comité externe d'examen, mars 2002, http://www.erc-ccc.gc.ca/francais/articles/articles_medicaldischarge_f.html.

¹⁴⁴ Anciens Combattants Canada, *Mise en œuvre de nos priorités, Plan stratégique quinquennal — Mise à jour 2004* http://www.vac-acc.gc.ca/general_f/sub.cfm?source=department/reports/update_2004/action04.

la différence considérable qui existe sur le plan des profils, des rôles, des cheminements de carrière et des qualités requises des présents membres de la GRC et des FC. Par conséquent, les besoins des membres de la GRC peuvent être très différents de ceux des membres des FC¹⁴⁵.

Plusieurs associations de retraités de la GRC ont commenté une lettre provenant du commissaire de la GRC disant qu'un Groupe de travail sur la modernisation des programmes et services d'invalidité avait été créé et allait procéder à une analyse globale des besoins. On se proposait d'examiner les services offerts en vertu de la *Loi sur les pensions* de même que l'accès aux soins de longue durée et aux services de maintien à domicile (Programme pour l'autonomie des anciens combattants) qui vont au-delà de ce qui est couvert par l'allocation pour soins¹⁴⁶. Prétextant d'autres priorités, la GRC a déjà plusieurs fois remis à plus tard la réalisation de cette analyse et, bien qu'un rapport ait été promis pour l'automne 2005, rien n'avait encore paru au début de 2006.

13.5.4 Commentaire du Comité

Le Comité est au courant des efforts de la GRC pour répondre aux besoins de ceux de ses membres qui ont fait des demandes de prestations d'invalidité, dont certaines pour raisons de santé mentale. Il faut cependant que plus d'information soit rendue publique sur ce groupe de clients.

Le Comité veut savoir si la GRC offre du counselling à ses employés après un événement traumatisant, ou à ses employés et leur famille après une réinstallation stressante. Il veut aussi savoir comment la GRC s'occupe des besoins de transition de ses membres lorsqu'ils quittent la Gendarmerie, et déterminer quels ajustements il faudrait apporter aux lois, aux politiques et programmes de santé, et aux mécanismes de prestation de services pour qu'ils aient un accès approprié aux services.

Le Comité veut savoir si la GRC offre du counselling à ses employés après un événement traumatisant, ou à ses employés et leur famille après une réinstallation stressante. Il veut aussi savoir comment la GRC s'occupe des besoins de transition de ses membres lorsqu'ils quittent la Gendarmerie, et déterminer quels ajustements il faudrait apporter aux lois, aux politiques et programmes de santé, et aux mécanismes de prestation de services pour qu'ils aient un accès approprié aux services.

Le Comité ne sait pas quelle formation est donnée aux agents de la GRC pour les aider à mieux comprendre la maladie mentale.

Par ailleurs, le Comité ne sait pas quelle formation est donnée aux agents de la GRC pour les aider à mieux comprendre la maladie mentale. Les témoins ont suggérés que cette formation est très limitée, voire inexistante. Une formation sur la maladie mentale et les toxicomanies pourrait non seulement aider les agents à mieux intervenir auprès de la population civile, mais pourrait aussi les aider à mieux comprendre les problèmes de santé mentale lorsqu'ils se manifestent chez leurs collègues.

¹⁴⁵ GRC, « La nouvelle charte des anciens combattants — Message de la dirigeante principale des ressources humaines » mai 2005, http://www.rcmp.ca/vets/new_charter_f.htm#top.

¹⁴⁶ Association des anciens de la GRC, Division de Calgary, « Notes of Interest », <http://www.members.shaw.ca/rcmpvets.calgary/notes.htm>.

Le Comité recommande :

80	<p>Que le gouvernement fédéral subventionne un programme de formation des membres de la GRC sur la maladie mentale et les toxicomanies.</p> <p>Que la GRC publie dès que possible en 2006 les résultats de l'analyse réalisée par le groupe de travail chargé d'étudier la question de l'invalidité à la GRC et les besoins en programmes et services.</p> <p>Que la GRC crée un programme d'entraide pour ses membres, inspiré du modèle d'ACC/MDN dans le domaine du stress post-traumatique.</p> <p>Que la GRC inscrive ces initiatives ainsi que d'autres programmes et services dans un relevé annuel des programmes et services offerts aux agents de la GRC.</p> <p>Que ce relevé soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.</p>
----	--

Le Comité se réjouit du fait que la GRC ait créé un Comité externe d'examen pour faire enquête sur des questions de toutes sortes. Cet organisme semble bien placé pour analyser en profondeur les besoins de santé mentale des membres de la GRC.

Le Comité recommande :

81	<p>Que le Comité externe d'examen de la GRC procède à l'analyse des besoins de santé mentale des membres actifs et retraités de la GRC et fasse rapport au Parlement d'ici 2007.</p>
----	---

13.6 LES IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Le réseau de santé mentale reconnaît la nécessité de traiter le syndrome post-traumatique, sans toutefois reconnaître le problème du racisme, ce traumatisme quotidien que subissent les réfugiés; tant qu'aucune solution ne sera apportée à ce problème, l'approche restera inefficace. — Martha Ocampo, codirectrice, Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre, Toronto¹⁴⁷

¹⁴⁷ 17 février 2005, [modifié par le traducteur]
http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

13.6.1 La compétence fédérale

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) est responsable de l'admission au Canada des immigrants, des étudiants étrangers, des visiteurs, des travailleurs temporaires et des réfugiés. Comme le décrit la D^{re} Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration, Direction générale des services médicaux, Citoyenneté et Immigration Canada :

Toutes les personnes qui demandent la résidence permanente et certains qui demandent l'admission temporaire au Canada (visiteurs, étudiants et travailleurs) doivent subir un examen physique et mental

Selon la Loi de l'immigration et de la protection des réfugiés et sa réglementation, le ministère admet des immigrants et des résidents temporaires qui contribuent à la croissance du Canada, sur le plan économique et social, réinstalle, protège et offre un asile aux réfugiés, aide les nouveaux arrivants à s'adapter à la société canadienne, et éventuellement à acquérir la citoyenneté et gère l'accès au Canada, de manière à protéger la sécurité et la santé des Canadiens et des Canadiennes, ainsi que l'intégrité des lois canadiennes¹⁴⁸.

Sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, toutes les personnes qui demandent la résidence permanente et certains qui demandent l'admission temporaire au Canada (visiteurs, étudiants et travailleurs) doivent subir un examen physique et mental¹⁴⁹. Selon les résultats de cet examen, un

Après l'admission au Canada, la prestation de programmes et de services liés à la santé mentale est censée relever du système public et devenir une responsabilité provinciale ou territoriale.

demandeur peut se voir refuser l'entrée au Canada si son état de santé physique ou mentale risque vraisemblablement de constituer un danger pour la santé ou la sécurité publique, ou de représenter un trop lourd fardeau pour le système de santé ou les services sociaux. L'information provenant du Ministère ne donne aucune indication précise sur la façon d'agir lorsque le candidat présente un problème de santé mentale.

On entend par « fardeau excessif » le « fardeau imposé aux services sociaux et de santé du Canada en raison d'une hospitalisation permanente ou de soins médicaux, sociaux ou en établissement à l'égard de maladies physiques ou mentales, ou touchant des services d'éducation ou de formation spécialisées »¹⁵⁰. Pour déterminer si le candidat risque de représenter un fardeau excessif, un médecin désigné par le Ministère étudie le diagnostic, le pronostic, et les besoins en services sociaux ou médicaux de la personne sur un certain nombre d'années (généralement cinq ans). Le médecin établit ensuite les coûts de ces besoins sur une période de cinq ans *et* détermine s'il y a des listes d'attente pour certains de ces services. Si les montants sont supérieurs au coût par habitant des services sociaux et médicaux d'un Canadien moyen, sur cinq ans, ou s'il y a des listes d'attente pour certains des

¹⁴⁸ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁴⁹ Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, 2001, ch. 27, <http://lois.justice.gc.ca/fr/I-2.5/>.

¹⁵⁰ Citoyenneté et Immigration Canada, Demande de résidence permanente au Canada, « Annexe D : examens médicaux », 2004, http://www.cic.gc.ca/francais/demandes/guides/4000F_D.html.

services nécessaires, le candidat sera jugé inadmissible¹⁵¹. Certains groupes désignés au paragraphe 38(2) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* sont « dispensés du critère de fardeau excessif » et ne se voient pas refuser l'entrée au pays en raison d'éventuels besoins de santé¹⁵².

Après l'admission au Canada, la prestation de programmes et de services liés à la santé mentale est censée relever du système public et devenir une responsabilité provinciale ou territoriale. Mais tout dépend du temps que met le fédéral à régler le dossier du demandeur et de l'entente intervenue entre le fédéral et la province ou le territoire en ce qui concerne les services d'établissement et d'intégration. Les immigrants reçus sont censés (mais n'y parviennent pas toujours) s'occuper de leurs besoins de santé, en prenant notamment une assurance privée pour couvrir les trois mois de la période d'attente qui a cours dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick) avant l'adhésion au régime public¹⁵³.

Dans son rapport de rendement déposé au Parlement en 2005, CIC indique qu'en 2004, un total de 235 824 personnes ont été admises au Canada à titre de résidents permanents¹⁵⁴. Le Ministère précise que de ces nouveaux arrivants :

- 57 p. cent (133 746) étaient des immigrants économiques avec personnes à charge;
- 26 p. cent (62 246) entraient dans la catégorie famille;
- 14 p. cent (32 685) étaient des réfugiés et autres demandeurs d'asile;
- 3 p. cent (6 945) ont eu un statut de résident permanent pour raisons humanitaires.

¹⁵¹ Lettre de la Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration, Direction générale des services médicaux, Citoyenneté et Immigration Canada au sénateur Michael Kirby, président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Sénat, 3 février 2006.

¹⁵² Les époux et conjoints de fait, les partenaires conjugaux, et les enfants à charge parrainés à titre de membres de la catégorie famille, les réfugiés et les demandeurs d'asile ainsi que les personnes à leur charge ne peuvent être refusés sur le motif qu'en raison de leur état de santé elles constitueraient un fardeau excessif pour les services sociaux et médicaux; CIC, *Examen médical et Surveillance*, Fiche de renseignements 20, <http://www.cic.gc.ca/francais/lipr/fiche-medical.html>.

¹⁵³ Anita Gagnon, *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*, Étude no 40, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002, <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0426.html>.

¹⁵⁴ Citoyenneté et Immigration Canada, *Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005*, p. 61, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/CI-CI/CI-CI45_f.pdf.

13.6.2 Programmes et services fédéraux

13.6.2.1 Programme fédéral de santé intérimaire

Le rôle direct de Citoyenneté et Immigration Canada dans la prestation de services de santé s'exerce dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire. Ce programme, créé par décret en 1957, est passé de Santé Canada à Citoyenneté et Immigration Canada en 1995. Comme l'indique la D^{re} Martin :

[I]l assure des services de santé aux migrants, population qui englobe actuellement les demandeurs du statut de réfugié, les réfugiés, les détenus dans les centres de détention de l'immigration et les demandeurs déboutés encore présents au Canada qui sont incapables de payer les soins de santé dont ils ont besoin. Les soins visés comprennent les services médicaux essentiels et d'urgence, notamment les services de santé mentale, comme les visites chez le médecin, l'hospitalisation et les médicaments essentiels. Les sommes déboursées pour le programme se sont chiffrées à 51 millions de dollars en 2002-2003, tandis que le nombre d'utilisateurs s'élevait à 97 000 et le nombre de demandes à 700 000¹⁵⁵.

L'administration de ce programme a été confiée à FAS (Funds Administrative Service Inc.), une firme d'administrateurs de prestations d'Edmonton. Les services de santé mentale prévus par le Programme fédéral de santé intérimaire sont limités, mais comprennent la consultation d'un psychiatre, l'hospitalisation pour troubles psychiatriques, une rencontre initiale de psychothérapie avec un médecin (le suivi sera couvert si approuvé) et la médication essentielle.

Le rôle direct de Citoyenneté et Immigration Canada dans la prestation de services de santé s'exerce dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire.

Le Ministère n'a pas fourni la ventilation des dépenses affectées à la maladie mentale ou aux toxicomanies. On peut raisonnablement présumer toutefois qu'elles sont élevées car bon nombre de demandeurs du statut de réfugié ont subi la torture et vécu d'autres situations éprouvantes pour la santé mentale.

Certaines provinces ont exprimé des doutes quant à la capacité du Programme fédéral de santé intérimaire de couvrir la totalité des coûts des services de santé liés à l'immigration. Elles demandent qu'on révise le niveau des honoraires admis, la portée des services et le remboursement des frais engagés par la province pour fournir des services. Par exemple, l'accord de 2004 conclu avec la Colombie-Britannique en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* signale la nécessité d'examiner les coûts qu'entraînent pour la province l'obligation d'offrir des services aux demandeurs d'asile, aux immigrants réputés interdits de séjour pour motif sanitaire mais qui ont été autorisés à entrer en pays en vertu des nouvelles dispositions de la Loi (dispense du critère de fardeau excessif), et aux personnes admises,

¹⁵⁵ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

atteintes de graves problèmes de santé, durant la période d'attente de trois (3) mois prévue par le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique¹⁵⁶.

13.6.2.2 *Autres initiatives*

La D^{re} Martin indique que le Ministère dispose aussi d'autres mesures ayant pour but de contribuer de façon positive à la santé mentale des nouveaux arrivants au Canada :

Si la santé mentale se définit par la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis, on peut dire que Citoyenneté et Immigration Canada est responsable de plusieurs initiatives directement ou indirectement liées à la santé mentale.

Plusieurs de nos programmes visent à faciliter et à améliorer l'intégration sociale, culturelle, économique des nouveaux arrivants, diminuant ainsi le stress lié à l'établissement dans un nouveau pays, ceci dans l'intérêt [...] de ces nouveaux arrivants.

Ces différents programmes visent à fournir de l'information concernant les ressources existantes et à faciliter l'accès à ces services¹⁵⁷.

Citoyenneté et Immigration Canada cherche par divers programmes à atténuer le stress de l'intégration à la société canadienne :

- Le Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants subventionne des organismes fournisseurs de services pour qu'ils offrent des services de consultation non thérapeutique aux nouveaux arrivants et notamment des aiguillages vers des services d'éducation, d'aide juridique, d'emploi et de logement, de même que des services sociaux et sanitaires.
- Le Programme d'accueil subventionne le recrutement, la formation, le jumelage et la coordination de bénévoles qui aident les nouveaux arrivants à trouver des solutions à leurs problèmes d'éducation et de santé et les aident à trouver dans leur collectivité les services dont ils ont besoin.
- Le Programme d'aide au rétablissement offre du soutien au revenu et toute une gamme de services immédiats. Aux réfugiés ordinaires, le Ministère accorde jusqu'à 12 mois de soutien au revenu; pour ceux qui ont des besoins particuliers, on peut aller jusqu'à 24 mois. Les montants sont déterminés selon les grilles d'aide sociale des provinces.

¹⁵⁶ Citoyenneté et Immigration Canada, *Accord de collaboration Canada-Colombie-Britannique en matière d'immigration*, « Annexe H — santé et immigration » <http://www.cic.gc.ca/francais/politiques/fed-prov/cb-2004-annexe-h.html>.

¹⁵⁷ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Citoyenneté et Immigration Canada a aussi conclu des partenariats avec d'autres ordres de gouvernement. Par exemple, il soutient le Centre canadien pour victimes de torture et le projet Metropolis, un forum international pour la recherche et le développement de politiques sur les migrations. Par ailleurs, le groupe de travail FPT sur l'établissement et l'intégration discute de questions de nature multilatérale. À l'échelle interministérielle, des initiatives conjointes ont été mises sur pied, notamment avec l'Agence de santé publique du Canada, sur les problèmes de santé liés à la migration, de même qu'avec Industrie Canada, Ressources humaines et Développement social Canada et Santé Canada sur des projets d'information visant à faciliter l'intégration.

Citoyenneté et Immigration Canada est aussi responsable de divers programmes linguistiques, notamment le Cours de langue pour les immigrants du Canada qui s'adresse aux immigrants adultes afin de faciliter leur intégration.

13.6.3 Évaluation des besoins du groupe client

Les personnes qui entrent au Canada en qualité d'immigrants ou de réfugiés forment un groupe hétérogène. Certains sont dans la catégorie des immigrants économiques ou dans celle de la famille, d'autres sont des réfugiés et d'autres encore sont demandeurs d'asile. Certains ont déjà, à l'arrivée, l'autorisation de s'établir de façon permanente au Canada tandis que d'autres demandent à être acceptés à titre de réfugiés. Toutefois, quelle que soit la catégorie les immigrants et réfugiés sont de nouveaux arrivants qui entrent au Canada avec un bagage d'expérience unique qui déterminera dans une grande mesure la façon dont ils s'adapteront à leur nouveau pays.

Soeur Mangalam Lena, franciscaine d'Ottawa, a pris la parole devant le Comité au nom des immigrants et des réfugiés. Soeur Lena, infirmière et aumônière d'hôpital, représente également l'organisme Home-based Spiritual Care. Elle a parlé de solitude, de déracinement, de blessures morales et du sentiment d'avoir été brisé comme étant autant de facteurs pouvant se répercuter sur la santé mentale d'une personne. Elle a parlé d'un programme, mis sur pied par les immigrants eux-mêmes, qui leur permet de se raconter mutuellement leur histoire. Elle explique :

Dans bien des municipalités, il n'y a ni cours de langue ni structure de soutien pour les immigrants, ce qui les prive des ressources dont ils auraient besoin pour assurer leur équilibre psychologique. Et puis, même quand il y a des cours de langue, les gens n'apprennent pas nécessairement les mots qui leur permettront d'exprimer leurs besoins de santé mentale, d'autant plus que les cours de langue visent surtout les personnes qui se destinent au marché du travail.

Lorsqu'on fréquente ces immigrants, on apprend que bon nombre de ceux qui ont quitté des pays en proie à la guerre ont été témoins d'atrocités, ont vu leurs proches se faire tuer et leurs mères et leurs sœurs se faire violer. Grâce à ce nouveau programme, nous pouvons constater à quel point le fait de vivre en lieu sûr leur a apporté la paix et le réconfort¹⁵⁸.

¹⁵⁸ 21 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/23eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Le fait d'être séparé de sa famille et de sa communauté culturelle, conjugué à l'incapacité de parler anglais ou français, peut non seulement causer une grande détresse émotionnelle mais aussi réduire l'accès aux services dont on a besoin. Même si des programmes d'enseignement de la langue sont en place, tout le monde n'y a pas accès.

Dans bien des municipalités, il n'y a ni cours de langue ni structure de soutien pour les immigrants, ce qui les prive des ressources dont ils auraient besoin pour assurer leur équilibre psychologique. Et puis, même quand il y a des cours de langue, les gens n'apprennent pas nécessairement les mots qui leur permettraient d'exprimer leurs besoins de santé mentale, d'autant plus que les cours de langue visent surtout les personnes qui se destinent au marché du travail.

La tendance chez les nouveaux arrivants à sous-utiliser les services risque, avec le temps, d'avoir des conséquences fâcheuses pour le système de santé.

Il se peut aussi qu'ils aient peur qu'une consultation pour santé mentale nuise au traitement de leur dossier d'immigration.

Raymond Chung, directeur exécutif, Hong Fook Mental Health Association, Toronto recommande que des lignes directrices obligatoires visent le financement, la formation et le recours aux services d'interprètes spécialisés en santé mentale¹⁵⁹. Il affirme que la tendance chez les nouveaux arrivants à sous-utiliser les services risque, avec le temps, d'avoir des conséquences fâcheuses pour le système de santé :

C'est seulement en adoptant des stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale adaptées à des réalités ethnoculturelles et linguistiques que l'on pourra atteindre les objectifs du dépistage et de l'intervention précoce. Ce faisant, vous contribuerez à réduire les coûts financiers et humains pour notre société, et à long terme, les coûts associés au traitement de maladies mentales plus graves¹⁶⁰.

D'autres témoins ont décrit comment certaines personnes, surtout les personnes âgées et les femmes issues de cultures traditionnelles, risquaient davantage d'avoir du mal à s'adapter à un nouveau cadre de vie. Steve Lurie, directeur exécutif de l'Association canadienne pour la santé mentale, bureau de Toronto, a dit que les immigrantes qui ont des problèmes de santé mentale ont besoin qu'on s'intéresse davantage à leur situation¹⁶¹.

Robena Sirett, gestionnaire, Older Persons Adult Mental Health Services, Vancouver, indique qu'on sait très peu de choses au sujet des personnes âgées, victimes de traumatismes ou de torture, qui sont entrées au Canada en qualité de réfugiés.

On tente actuellement d'élaborer des programmes qui peuvent être davantage adaptés et souples, selon les réfugiés qui arrivent dans notre

¹⁵⁹ 17 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁶⁰ 17 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁶¹ 17 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*ville [...] on ne possédait pas cette compétence interculturelle qui nous permettait de communiquer avec eux*¹⁶².

Le racisme est peut-être une des raisons pour lesquelles les immigrants et réfugiés admissibles sous-utilisent les services de santé. Il se peut aussi qu'ils aient peur qu'une consultation pour santé mentale nuise au traitement de leur dossier d'immigration. Enfin, les obstacles linguistiques, des services culturellement insensibles et la difficulté de s'y retrouver dans le dédale du système de santé peuvent décourager les gens de s'adresser aux services à leur disposition¹⁶³.

Martha Ocampo affirme que la santé mentale et physique des nouveaux arrivants, comme celle des Canadiens en général, dépend en grande partie du milieu social. Le racisme, la pauvreté, le chômage, les mauvaises conditions de logement et le manque de soutien communautaire peuvent tous nuire à l'intégration, tout comme un rapport tendu avec les fournisseurs de services de santé mentale. Mme Ocampo a déclaré au Comité que :

*La santé mentale des membres des communautés victimes de discrimination raciale ne peut être comprise en dehors du contexte des conditions sociales dans lesquelles elles vivent. Ces conditions sont caractérisées par les inégalités sociales qui vont déterminer les types de problèmes de santé mentale dont ils vont souffrir et qui ont une incidence sur la façon dont ces problèmes sont compris et traités par les professionnels de la santé et par le réseau de santé mentale*¹⁶⁴.

Pour Mme Ocampo, la participation pleine et entière dépend avant tout des mesures d'adaptation qu'on est disposé à mettre en place :

*[V]ous devez vous rappeler que les nouveaux immigrants ou les réfugiés s'efforcent de s'établir et auront besoin de certaines adaptations pour être en mesure de participer pleinement. S'il se pose un problème pour la garde d'enfants ou pour les frais de transport, bien des choses doivent être prises en considération*¹⁶⁵.

13.6.4 Commentaire du Comité

Le Comité reconnaît que le Canada a la réputation d'être une terre d'asile pour le nombre croissant d'immigrants et de réfugiés qui cherchent à entrer au pays. Mais le Canada, lorsqu'il s'engage à être cette terre d'asile, *doit* garantir que les services de santé mentale seront rendus

¹⁶² 8 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/20ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁶³ Anita Gagnon, *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*, Étude no 40, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002, <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0426.html>.

¹⁶⁴ 17 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁶⁵ 17 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

accessibles à tous pour les aider à résoudre les problèmes de santé mentale auxquels ils font face.

D'après le Comité, il pourrait être utile que le gouvernement fédéral se dote, comme il l'a fait pour d'autres groupes de clients, d'un organisme externe chargé d'évaluer la façon dont il remplit ses engagements auprès des immigrants et des réfugiés.

Le Canada, lorsqu'il s'engage à être cette terre d'asile, doit garantir que les services de santé mentale seront rendus accessibles à tous pour les aider à résoudre les problèmes de santé mentale auxquels ils font face.

Par conséquent, le Comité recommande :

- | | |
|----|--|
| 82 | <p>Que le gouvernement fédéral crée une instance pour les immigrants et les réfugiés, semblable à l'Enquêteur correctionnel, à l'Ombudsman des Forces canadiennes ou au Comité externe d'examen de la GRC.</p> <p>Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des immigrants et des réfugiés.</p> <p>Que cette instance fasse rapport au Parlement tous les ans</p> |
|----|--|

Le Comité voit d'un bon œil la participation accrue des groupes d'immigrants et de réfugiés comme partenaires de recherche, créateurs de programmes et fournisseurs de services. Le Canada doit pousser plus loin la recherche sur l'adaptation culturelle des services de soins mis à la disposition des populations immigrantes, surtout les populations plus vulnérables que sont les enfants, les femmes et les personnes âgées.

Le Canada doit pousser plus loin la recherche sur l'adaptation culturelle des services de soins mis à la disposition des populations immigrantes, surtout les populations plus vulnérables que sont les enfants, les femmes et les personnes âgées.

La langue est un outil majeur d'intégration harmonieuse et de santé mentale pour les immigrants et les réfugiés. Tous les immigrants et les réfugiés devraient avoir accès à des cours de langue officielle. Le gouvernement fédéral a l'obligation d'offrir à ses frais des services adaptés du point de vue linguistique et culturel, et ne doit pas s'en délester aux dépens des provinces.

Le Comité recommande :

83 **Que Citoyenneté et Immigration Canada établisse un relevé annuel des ses programmes et services relatifs à la santé mentale, en indiquant notamment le nombre de clients desservis, les budgets consentis et les sommes dépensées, et les résultats obtenus, et en fasse rapport au Parlement à compter de 2008.**

Que Citoyenneté et Immigration Canada, pour faciliter l'accès aux cours de langues officielles augmente les allocations de formation, améliore les horaires de cours et offre les cours dans des lieux plus accessibles.

13.7 LES EMPLOYÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE FÉDÉRALE

Je veux évaluer ce que fait le gouvernement fédéral, comme employeur le plus important du Canada, en ce qui a trait à la santé mentale en milieu de travail. En deux mots, le gouvernement fédéral doit être un chef de file et un exemple pour tous les employeurs du pays. — L'honorable Ujjal Dosanjh, ancien ministre de la Santé¹⁶⁶

13.7.1 La compétence fédérale

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la *Loi sur la gestion des finances publiques*, le Conseil du Trésor est l'employeur de la fonction publique fédérale et le grand responsable des relations de travail, des pensions et avantages sociaux, de même que de la rémunération du personnel civil et militaire¹⁶⁷. D'autres lois se répercutent aussi sur les conditions de travail des fonctionnaires fédéraux. Par exemple, la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* oblige l'employeur fédéral à fournir les mesures d'adaptation raisonnables aux personnes handicapées¹⁶⁸ et la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* autorise l'indemnisation des employés fédéraux pour le manque à gagner, les soins médicaux et autres préjudices causés par une blessure ou une incapacité liée au travail¹⁶⁹.

Selon le rapport de 2005 sur le rendement du Secrétariat du Conseil du Trésor :

Le secteur public fédéral constitue la plus grande organisation du Canada. Doté d'un budget de dépenses de plus de 200 milliards de dollars, le gouvernement fédéral est sept fois plus grand que n'importe quelle entreprise du pays. Avec 450 000 employés, 200

¹⁶⁶ Agence de santé publique du Canada, communiqué de presse, « Nomination de Michael Wilson au poste de conseiller spécial du ministre pour la santé mentale », 4 février 2005.

¹⁶⁷ *Loi sur l'administration des finances publiques*, L.R.C. 1985, ch. F-1, <http://lois.justice.gc.ca/fr/f-11/text.html>.

¹⁶⁸ *Loi sur l'équité en matière d'emploi* 1995, ch.44, <http://lois.justice.gc.ca/fr/e-5.401/50293.html>

¹⁶⁹ *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*, ch. G-5, <http://lois.justice.gc.ca/fr/g-5/63537.html>.

organismes, 400 millions d'opérations par année et 1 750 points of service, il s'agit sans l'ombre d'un doute de l'institution la plus complexe du pays¹⁷⁰.

13.7.2 Programmes et services fédéraux

La majorité des employés de la fonction publique comptent sur le gouvernement de la province ou du territoire où ils travaillent pour leurs services essentiels de santé mentale. En sa qualité d'employeur, le Conseil du Trésor établit les politiques qui régissent les régimes de soins de santé et d'assurance-invalidité des employés qui relèvent de sa compétence. Ces régimes couvrent les frais de divers services de santé mentale non prévus par les autres régimes d'assurance.

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) s'applique aux employés de la fonction publique, aux membres des Forces canadiennes (FC) aux membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), aux retraités et à leurs personnes à charge¹⁷¹. Une Directive du RSSFP précise toutefois que seules les personnes à charge admissibles des membres des FC et de la GRC sont assurés, tandis que les membres eux-mêmes sont assurés par leurs régimes respectifs¹⁷². Le Régime rembourse aux adhérents la totalité ou une partie des coûts engagés pour des services admissibles, mais seulement après qu'ils aient tiré parti des services couverts par les régimes provinciaux ou territoriaux auxquels ils ont accès. Les services complémentaires comprennent notamment les services d'un psychologue sur recommandation d'un médecin, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile.

Selon Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux, Secrétariat du Conseil du Trésor, en une seule année, le gouvernement fédéral a versé environ 64 millions de dollars pour des médicaments d'ordonnance et 10 millions de dollars en services de psychologues en vertu du Régime de soins de santé de la fonction publique¹⁷³.

Le Régime d'assurance-invalidité a été conçu pour donner aux employés de la fonction publique une mesure de protection du revenu. Il procure un revenu mensuel aux employés qui sont en arrêt de travail prolongé en raison d'une maladie ou d'une incapacité qui les rend totalement invalides. Le revenu de remplacement peut aller jusqu'à 70 p. cent du salaire

La majorité des employés de la fonction publique comptent sur le gouvernement de la province ou du territoire où ils travaillent pour leurs services essentiels de santé mentale.

En une seule année, le gouvernement fédéral a versé environ 64 millions de dollars pour des médicaments d'ordonnance et 10 millions de dollars en services de psychologues en vertu du Régime de soins de santé de la fonction publique.

¹⁷⁰ Conseil du Trésor, *Rapport de rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005*, p. 13, http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/TBS-SCT/TBS-SCTd45_f.pdf.

¹⁷¹ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, *Régime de soins de santé de la fonction publique — Protections et dispositions du Régime*, juillet 2001, http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/TB_862/pshcpb-rssfpp_f.asp.

¹⁷² Conseil du Trésor du Canada, *Directive du Régime de soins de santé de la fonction publique*, avril 2005, http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/TB_862/pshcp03_f.asp.

¹⁷³ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

annuel. En cas d'invalidité complète, les prestations sont versées pendant une période maximale de 24 mois (état d'invalidité dû à la maladie ou à une blessure empêchant tout exercice des fonctions professionnelles). Si, à la fin de cette période de 24 mois, l'invalidité continue d'empêcher l'employé d'exercer un emploi en rapport avec ses compétences, les prestations peuvent être maintenues jusqu'à 65 ans¹⁷⁴.

M. Charko indique qu'en 2003, 44 p. cent des nouveaux cas d'invalidité de longue durée étaient dus à l'anxiété et à la dépression. Il estime que ce chiffre est « assez imposant » mais dit que le taux de rétablissement et de retour au travail est aussi relativement élevé. Il croit qu'environ 70 p. cent des gens qui font une demande de prestations d'invalidité de longue durée reviennent travailler à la fonction publique. Ce retour au travail exige, selon lui, que l'employeur fasse preuve de souplesse :

En 2003, 44 p. cent des nouveaux cas d'invalidité de longue durée étaient dus à l'anxiété et à la dépression. Il estime que ce chiffre est « assez imposant » mais dit que le taux de rétablissement et de retour au travail est aussi relativement élevé.

[N]ous sommes assez souples : on peut revenir au travail en occupant temporairement un emploi moins exigeant, ou revenir à une semaine de travail à heures réduites. Si on opte pour les heures réduites, l'assurance-invalidité est maintenue jusqu'au point du retour au niveau du revenu principal¹⁷⁵.

Pour M. Charko, trois facteurs permettent à la fonction publique fédérale de bien gérer les situations mettant en cause la santé mentale :

Des gestionnaires bien formés qui s'intéressent aux ressources humaines, voilà un premier facteur de succès. Des politiques portant sur les congés et les mesures d'adaptation pour aider les employés aux prises avec des problèmes de santé mentale sont un autre gage de réussite. Et comme troisième élément, des programmes d'assurance destinés à aider l'employé en difficulté¹⁷⁶.

M. Charko estime qu'un train de politiques en milieu de travail visant à aider les employés fédéraux à résoudre les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de satisfaction au travail doit comprendre les éléments suivants :

[...] notamment le régime de travail souple, le télétravail, le partage des postes, les politiques de mobilité, ainsi que les services de garde d'enfants.

¹⁷⁴ Secrétariat du Conseil du Trésor, ch. 3-4, Assurance-invalidité de longue durée, http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/TB_865/CHAP3_4-1_f.asp.

¹⁷⁵ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁷⁶ 23 février 2005 [modifié par le traducteur], http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Nos politiques sont généreuses, qu'il s'agisse de politiques de congés, de lutte contre le harcèlement, de programmes de conditionnement physique, de politiques relatives au devoir d'adaptation, de l'équité en matière d'emploi, des programmes de fierté et de reconnaissance, et des politiques relatives aux codes de valeurs et d'éthique¹⁷⁷.

Au sujet du programme d'aide aux employés, M. Charko dit qu'il doit obligatoirement offrir dans tous les ministères du gouvernement :

[...] du counselling confidentiel à court terme payé par le ministère, qui permet d'aider les employés aux prises avec toutes sortes de problèmes, et pas seulement des problèmes de santé mentale, sans que cela nuise à leur sécurité d'emploi ou à leur carrière¹⁷⁸.

13.7.3 Évaluation des besoins du groupe client

Il y a des employés du gouvernement fédéral dans toutes les provinces et les territoires, à l'œuvre dans des collectivités de toutes tailles, de la plus petite à la plus grande. Ces employés ont des activités de toutes sortes : inspection des aliments, météorologie, contrôle des activités de pêches, protection des frontières, surveillance des détenus en établissements correctionnels, recherche scientifique, émission de passeports, aide aux voyageurs à l'étranger, contrôle des maladies infectieuses, et bien autres choses encore.

Bien que la politique-cadre du gouvernement fédéral visant le soutien des employés et la création d'un milieu de travail propice au bien-être semble irréprochable, le compte rendu de personnes ayant fait l'expérience de certains programmes donne à croire que bien des choses restent encore à faire.

Depuis une dizaine d'années, un certain nombre de nouveaux facteurs de stress sont présents dans le milieu de travail fédéral : la restructuration, les réductions d'effectifs, la dévolution de pouvoirs, les compressions budgétaires et l'attention des médias suscitée par les multiples scandales et controverses; voilà autant d'éléments dont l'effet cumulatif met durement à l'épreuve la santé physique et mentale des employés fédéraux.

Cette augmentation du stress au travail ressort des résultats de sondages internes réalisés par le Secrétariat du Conseil du Trésor¹⁷⁹. Bon nombre de répondants ont dit travailler sous pression et se sentir dérouterés par les changements constants de priorités. Les répondants ont dit vivre des situations d'instabilité dans leurs ministères et se sont plaints d'être exclus des mécanismes de prise de décision dans des secteurs ayant des répercussions directes sur leur

¹⁷⁷ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁷⁸ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁷⁹ Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada, *Sondage auprès des fonctionnaires fédéraux 2002, Rapport organisationnel*, <http://www.hrma-agrh.gc.ca/survey-sondage/2002/results-resultats/00/result-f.htm>.

travail. Vingt et un pour cent d'entre eux ont dit être victimes de harcèlement et 17 p. cent ont dit faire l'objet de discrimination au travail.

Le Conseil national mixte, organisme formé d'agents négociateurs de la fonction publique et de représentants du Conseil du Trésor, cherche des solutions fondées sur la collaboration. Il a déclaré que le Régime d'assurance-invalidité avait versé 223 millions de dollars en 2004 pour soutenir des employés touchés. Le Conseil précise que :

En 2004, tout comme au cours des 13 dernières années, la principale cause d'invalidité invoquée dans les nouvelles demandes de prestations était les troubles psychologiques, incluant la dépression et l'anxiété. De plus en plus, les cas présentés portent moins sur des données médicales objectives et vérifiables et comportent davantage de défis posés par la difficulté du diagnostic de ces troubles¹⁸⁰.

M. Charko affirme que « dans un milieu de travail respectueux des différences individuelles, il est souvent possible d'éliminer le stigmate social rattaché à la maladie mentale qui est un problème dans la fonction publique ». À cet égard, le Secrétariat du Conseil du Trésor a élaboré une Politique sur l'obligation de prendre des mesures d'adaptation pour les personnes handicapées dans la fonction publique fédérale¹⁸¹ en réponse à la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* qui exige des employeurs qu'ils fassent les adaptations nécessaires pour les personnes handicapées. La définition de « personne handicapée » qui accompagne cette politique comprend notamment les personnes « qui ont une déficience durable ou récurrente soit de leurs capacités physiques, mentales ou sensorielles, soit d'ordre psychiatrique ou en matière d'apprentissage »¹⁸².

Bien que la politique-cadre du gouvernement fédéral visant le soutien des employés et la création d'un milieu de travail propice au bien-être semble irréprochable, le compte rendu de personnes ayant fait l'expérience de certains programmes donne à croire que bien des choses restent encore à faire. Par exemple, Alan Fournier, un fonctionnaire fédéral à qui on a diagnostiqué une incapacité mentale et qui a soumis un mémoire au Comité, indique qu'« il y en a à la fonction publique qui sont très compréhensifs, mais ils sont la minorité ». Il a déclaré au Comité que :

La façon dont le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, traite ses psychologues contribue à la stigmatisation qui frappe la maladie mentale.

[S]ans vouloir pointer du doigt une personne ou un organisme de la fonction publique, le problème est plutôt systémique, résultant d'une

¹⁸⁰ Conseil national mixte, *Conseil de gestion du régime d'assurance-invalidité, rapport annuel 2004*, <http://www.njc-cnm.gc.ca/auxFile.php?AuxFileID=261>.

¹⁸¹ Secrétariat du Conseil du Trésor, *Politique sur l'obligation de prendre des mesures d'adaptation pour les personnes handicapées dans la fonction publique fédérale*, 2002, http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/TB_852/ppaed_f.asp.

¹⁸² Secrétariat du Conseil du Trésor, *Établir un milieu de travail accueillant pour les employés handicapés*, http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/TB_852/cwwed1_f.asp

*culture qui dit de bien belles choses mais n'agit pas en conséquence devant un handicap comme le mien*¹⁸³.

M. Fournier mentionne aussi les limites de la prise en charge des services professionnels par le Régime de soins de santé de la fonction publique.

*Un grand nombre de ceux, parmi nous, qui demandons les services d'un thérapeute devons nous adresser à des professionnels qui ne sont pas couverts par le Régime provincial d'assurance-maladie. Nous devons donc nous en tenir aux 1 000 \$ de protection annuelle prévus par le Régime de soins de santé de la fonction publique. La plupart des psychologues et des thérapeutes en toxicomanie travaillent à 100 \$ la séance. Dans mon cas, je dois m'adresser à plus d'un professionnel, dont un thérapeute en toxicomanie et un psychologue spécialisé en difficultés d'apprentissage. À leurs tarifs, je suis limité à huit rencontres par année. Une thérapie efficace, surtout aux premiers stades de la toxicomanie, doit se faire sur une base hebdomadaire. Je devrais voir mon thérapeute en toxicomanie toutes les deux semaines. J'ai aussi besoin de médicaments d'ordonnance assez coûteux. Même à 80 p. cent de remboursement, j'ai souvent du mal à payer la différence. L'obligation de payer mes frais médicaux pour ensuite me les faire rembourser fait qu'une bonne partie de mes revenus est toujours en transit, dans l'attente du règlement de mes demandes*¹⁸⁴.

Dorothy Cotton, psychologue et coprésidente du Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison, indique que dans les faits, la façon dont le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, traite ses psychologues contribue à la stigmatisation qui frappe la maladie mentale :

*Le gouvernement fédéral est un mauvais employeur sur ce plan : les salaires sont facilement de 30 p. cent inférieurs à ceux du marché. C'est humiliant pour les psychologues et ça contribue à entretenir le stigmate associé à la maladie mentale*¹⁸⁵.

Diana Capponi, qui témoignait à titre personnel, a dit avoir appris avec enthousiasme que le ministre de la Santé avait confié à l'honorable Michael Wilson et à Bill Wilkerson la tâche d'examiner les grands enjeux entourant la santé mentale dans le milieu de travail au gouvernement fédéral. Elle exprime néanmoins des réserves :

[J]'avancerais que des changements s'imposent [dans la fonction publique fédérale en tant que premier employeur en importance au Canada]. J'oserais espérer que ces changements comprendront le recrutement ciblé de

¹⁸³ Mémoire soumis le 30 mars 2005 [traduction].

¹⁸⁴ Mémoire soumis le 30 mars 2005 [traduction].

¹⁸⁵ 16 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/06eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, et que le gouvernement fédéral ira bien au-delà des efforts déployés par notre secteur bancaire, de façon à ce que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie aient accès à tous les postes, quel que soit le niveau ou la classification. Vous pourriez ainsi montrer au public canadien et à vos employés que vous « prêchez par l'exemple »¹⁸⁶.

13.7.4 Commentaire du Comité

Le Comité prend acte des initiatives de l'ancien ministre de la Santé, l'honorable Ujjal Dosanjh, pour centrer l'attention sur les questions de santé mentale dans la fonction publique. Citons à titre d'exemple, la nomination en février 2005 de l'honorable Michael Wilson, aujourd'hui ambassadeur aux États-Unis, au poste de conseiller spécial du ministre de la Santé en matière de santé mentale en milieu de travail au sein de l'appareil fédéral¹⁸⁷.

Le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, aurait tout intérêt à établir des liens avec le secteur privé pour découvrir des façons de faire applicables dans son propre milieu de travail, notamment pour éliminer l'opprobre qui entoure la maladie mentale.

Au chapitre 8, qui porte sur le milieu de travail en général, le Comité s'est beaucoup inspiré des travaux de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness (Table ronde mondiale des affaires et de l'économie sur la toxicomanie et la maladie mentale), créée en 1998 à titre « d'instrument d'information, d'analyse et d'idées sur les liens entre l'entreprise, l'économie, la santé mentale et le travail »¹⁸⁸. La Table ronde a sensibilisé les employeurs à la question de la maladie mentale et favorisé la mise en commun de pratiques exemplaires. Des solutions efficaces et de nouvelles approches en ont déjà résulté et sont mises en œuvre dans le secteur privé afin de promouvoir le mieux-être au travail.

Le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, aurait tout intérêt à établir des liens avec le secteur privé pour découvrir des façons de faire applicables dans son propre milieu de travail, notamment pour éliminer l'opprobre qui entoure la maladie mentale.

Le Comité recommande par conséquent :

¹⁸⁶ 15 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/05eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁸⁷ Agence de santé publique du Canada, communiqué de presse, « Nomination de Michael Wilson au poste de conseiller spécial du ministre pour la santé mentale », 4 février 2005.

¹⁸⁸ Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, http://www.mentalhealthroundtable.ca/about_us.html.

-
- 84 **Que le gouvernement fédéral s’inspire du modèle établi par la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness pour coordonner ses politiques, programmes et services interministériels relatifs à la maladie mentale.**
- Que le gouvernement fédéral, en tant qu’employeur, fasse alliance avec d’autres secteurs et ordres de gouvernement, et notamment avec la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness, pour stimuler et faciliter la mise en commun de pratiques exemplaires pouvant favoriser le mieux-être en milieu de travail et une meilleure santé mentale chez les employés.**
- Qu’en élaborant ses stratégies de promotion de la santé mentale en milieu de travail, le gouvernement fédéral mette l’accent sur des mesures pouvant réduire et, avec le temps, éliminer la stigmatisation de la maladie mentale.**

Le Comité estime essentiel que les programmes fassent l’objet d’une évaluation périodique pour voir s’ils atteignent leurs objectifs et répondent à des besoins réels. Pour déterminer l’efficacité des mesures conçues afin d’aider les employés du gouvernement à faire face à la maladie mentale, le gouvernement fédéral ne peut pas se contenter de dresser la liste des programmes et politiques en place.

Par conséquent, le Comité recommande :

-
- 85 **Que l’Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique procède à l’évaluation annuelle des politiques, programmes et activités mises en place par le gouvernement fédéral afin de promouvoir la santé mentale dans la fonction publique.**
- Que ces évaluations se fondent sur des indicateurs de rendement clairs et notamment sur des sondages d’opinion servant à déterminer le degré de satisfaction des employés.**
- Que les évaluations servent de base à la modification des politiques, des programmes et des activités afin qu’ils soient mieux adaptés aux besoins des employés.**
- Que les résultats de ces évaluations, et les modifications qui en ont résulté, fassent l’objet d’un rapport annuel au Parlement à compter de 2008.**

13.8 VERS UNE STRATÉGIE GLOBALE VISANT LA CLIENTÈLE FÉDÉRALE

La clientèle fédérale, comme l'ensemble de la population canadienne, a besoin d'un éventail de programmes et de services pour conserver ou retrouver une bonne santé mentale. Comme nous l'avons vu tout au long du présent chapitre, chaque groupe de clients fédéraux fait face à des problèmes différents et chacun a besoin de solutions adaptées à ses besoins. Par exemple, les déterminants fondamentaux de la santé que sont le logement et le soutien communautaire sont des facteurs cruciaux sur lesquels il faut se pencher dans le cas des anciens combattants comme dans le cas des Premières nations et des Inuits. Les employés de la fonction publique, quant à eux, ont surtout besoin qu'on s'intéresse à leurs conditions de travail et aux mesures d'adaptation à fournir aux personnes atteintes de maladie mentale.

Le Comité ne comprend pas pourquoi le gouvernement fédéral n'a jamais élaboré une stratégie globale claire et cohérente pour répondre aux besoins des clients qui sont sous sa responsabilité. Le Comité estime qu'une telle stratégie globale est essentielle pour améliorer la santé de tous les groupes visés tout en reconnaissant le caractère distinct des besoins de chacun.

Il importe aussi de réitérer que le gouvernement fédéral est responsable de ces diverses clientèles pendant des durées variables. Certains, comme les Premières nations et les Inuits, sont clients à vie. Les anciens combattants demandent en général accès aux services de santé mentale relativement tard dans leur vie. Les réfugiés, pour leur part, ne sont parfois sous responsabilité fédérale que pendant les premiers mois de leur séjour au Canada, après quoi ils passent sous responsabilité provinciale, et les délinquants sous responsabilité fédérale sont à la charge du gouvernement fédéral jusqu'à leur remise en liberté. D'autres, comme les membres de la GRC, les membres des Forces canadiennes et les employés de la fonction publique, relèvent du gouvernement fédéral tant qu'ils restent au service de leur employeur.

Le Comité comprend que ces situations très variées posent un défi au gouvernement fédéral qui doit mettre en place les programmes et services de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie nécessaires à tous ces clients. Toutefois, le Comité ne comprend pas pourquoi le gouvernement fédéral n'a jamais élaboré une stratégie globale claire et cohérente pour répondre aux besoins des clients qui sont sous sa responsabilité. Le Comité estime qu'une telle stratégie globale est essentielle pour améliorer la santé de tous les groupes visés tout en reconnaissant le caractère distinct des besoins de chacun.

Par conséquent, le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 86 | <p>Que le gouvernement fédéral élabore une stratégie de santé mentale applicable à l'ensemble de la clientèle fédérale, tout en tenant compte des besoins particuliers de chaque groupe.</p> <p>Que cette stratégie fixe des objectifs, notamment un calendrier de mise en œuvre et d'évaluation subséquente.</p> |
|----|---|

Que la stratégie ait pour objectif de faire du gouvernement fédéral un employeur modèle et un fournisseur modèle de service à ses divers clients.

13.8.1 Approche axée sur les déterminants de la santé

Le gouvernement fédéral a toujours été un chef de file dans l'élaboration des grands principes de santé publique, depuis la parution du célèbre Rapport Lalonde. Le Comité estime que le gouvernement a l'occasion et l'obligation morale d'appliquer ces grands principes à sa propre clientèle.

En 2004, le gouvernement fédéral a déclaré être le cinquième plus grand fournisseur de services de santé à la population canadienne, desservant environ 950 000 personnes à un coût annuel de 3,4 milliards de dollars¹⁸⁹. Le Comité estime que l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard de la santé mentale doit s'étendre aux déterminants de la santé, lesquels vont bien au-delà des seuls services de santé, étant donné les nombreux facteurs à l'œuvre selon le groupe de clients. Ces facteurs sont, notamment : la salubrité du logement, l'accès au revenu, la présence d'un réseau d'entraide, l'accès à l'éducation et la possibilité de trouver du travail.

Le Comité estime que le gouvernement a l'occasion et l'obligation morale d'appliquer ces grands principes de santé publique à sa propre clientèle.

Étant donné ses nombreuses responsabilités dans la prestation de services de santé mentale, le gouvernement fédéral doit prêcher par l'exemple.

Étant donné ses nombreuses responsabilités dans la prestation de services de santé mentale, le gouvernement fédéral doit prêcher par l'exemple, notamment en misant sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale et des toxicomanies. Par la collaboration interministérielle et un travail soutenu auprès de ses divers groupes de clients, le gouvernement fédéral pourrait devenir un modèle pour l'ensemble du pays en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de santé publique.

Par conséquent, le Comité recommande :

87 Que la stratégie de santé mentale que le gouvernement fédéral mettra au point s'inscrive dans une optique de santé publique et mise sur les facteurs déterminants de la santé mentale, et plus particulièrement sur les facteurs économiques, éducationnels, professionnels et sociaux qui ont une incidence sur la santé mentale de tous les clients fédéraux.

¹⁸⁹ Santé Canada, *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé*, 2004, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2002-fed-comp-indicat/2002-health-sante4_f.html.

Que le gouvernement fédéral fasse rapport au Parlement en 2008 de ce qu'il entend mettre en œuvre comme stratégie de santé publique destinée aux clients fédéraux.

13.8.2 Activités visant à éliminer la stigmatisation

Au chapitre 16, le Comité recommande que la Commission canadienne de la santé mentale amorce une campagne sur dix ans visant à combattre la stigmatisation qui frappe actuellement les personnes atteintes de maladie mentale. La présence d'un représentant du fédéral au Conseil de la Commission permettra au gouvernement de faire entendre son point de vue dans cette campagne pancanadienne contre la stigmatisation. Mais le Comité estime que le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative de la lutte contre la stigmatisation parmi ses groupes de clients.

Le Comité recommande :

88 Que le gouvernement fédéral élabore et mette immédiatement sur pied une campagne de lutte contre la stigmatisation pour aider tous ses groupes de clients.

13.8.3 Voies de recours

Comme nous l'avons dit plus haut dans ce chapitre, plusieurs ministères fédéraux ont, depuis quelques décennies, créé chacun un organisme indépendant et impartial chargé d'examiner des questions de toutes sortes mettant en cause leurs clients. Certaines de ces instances sont habilitées à accueillir des griefs relatifs à la santé mentale. Par exemple, l'Enquêteur correctionnel et le Comité externe d'examen de la GRC sont mandatés par la loi pour étudier des questions de santé mentale, de même que d'autres questions d'intérêt pour les membres de leurs groupes respectifs; ils font rapport au ministre compétent et recommandent des interventions. D'autres, comme l'Ombudsman des Forces canadiennes et le conseiller spécial en santé mentale du gouvernement fédéral, n'ont pas de mandat législatif.

Le Comité a recommandé que les ministères fédéraux responsables créent des instances semblables pour d'autres groupes de clients fédéraux, comme les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits, les immigrants et les réfugiés qui actuellement n'ont aucun recours de ce genre.

Le Comité a recommandé que les ministères fédéraux responsables créent des instances semblables pour d'autres groupes de clients fédéraux, comme les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits, les immigrants et les réfugiés qui actuellement n'ont aucun recours de ce genre.

Dans le contexte d'une stratégie fédérale globale, le Comité estime important que ces instances soient liées entre elles afin d'agir à titre d'ombudsman fédéral sur les questions ayant trait à la santé mentale. Il envisage une instance habilitée à faire enquête, à résoudre des

griefs individuels, à faire des recommandations, à signaler des zones de problème systémiques, et à assurer le suivi des dossiers de clients issus de tous les groupes fédéraux.

Le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 89 | <p>Que le gouvernement fédéral crée un mécanisme central de coordination des activités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, programmes et services relatifs à la santé mentale dans l'ensemble de ses ministères et organismes.</p> <p>Que cette entité fédérale travaille en collaboration avec l'Enquêteur correctionnel, l'Ombudsman des Forces canadiennes et le Comité externe d'examen de la GRC et les autres instances semblables qui seront créées par les ministères pour faire en sorte que les besoins de chaque groupe client soient satisfaits.</p> <p>Que cette entité fédérale coordonne et supervise les activités de ces diverses instances dans leur travail d'enquête et de résolution des préoccupations soulevées par les groupes de clients fédéraux concernant des services de santé mentale qui leur sont offerts.</p> <p>Que cette entité fédérale fasse un rapport annuel au Parlement.</p> |
|----|---|

13.8.4 Évaluation de l'assurance fédérale en santé mentale

Les conditions établies par la *Loi canadienne sur la santé (LCS)* auxquelles les régimes provinciaux d'assurance-maladie doivent satisfaire pour recevoir les transferts fédéraux excluent expressément certains groupes de clients sous responsabilité fédérale. Sous « services de santé assurés », la *LCS* exclut les « services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ». Elle exclut aussi les « hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux ». Plus précisément, la Loi stipule que les « assurés » auxquels sont offerts les services couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie sont les habitants d'une province autres que :

Le gouvernement fédéral est donc entièrement responsable des programmes et services médicaux offerts à trois groupes de clients : les Forces canadiennes, la GRC et les délinquants sous responsabilité fédérale. Les autres – les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants, les immigrants et réfugiés et les fonctionnaires fédéraux – relèvent du gouvernement fédéral à des degrés importants mais variables. Le gouvernement fédéral estime que les provinces doivent assumer la plus grande partie de la responsabilité des services offerts à ces derniers groupes de clients, comme elles le font pour l'ensemble de la population canadienne.

- a) des membres des Forces canadiennes,
- b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade,

e) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*¹⁹⁰.

Le gouvernement fédéral est donc entièrement responsable des programmes et services médicaux offerts à trois groupes de clients : les Forces canadiennes, la GRC et les délinquants sous responsabilité fédérale. Les autres — les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants, les immigrants et réfugiés et les fonctionnaires fédéraux — relèvent du gouvernement fédéral à des degrés importants mais variables.

Le gouvernement fédéral estime que les provinces doivent assumer la plus grande partie de la responsabilité des services offerts à ces derniers groupes de clients, comme elles le font pour l'ensemble de la population canadienne. Comme Ian Potter l'explique, en faisant allusion aux Premières nations et aux Inuits :

Il reste cependant que tous les groupes de clients ont des besoins de santé mentale qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Pour répondre à ces besoins, le gouvernement fédéral a trouvé une solution distincte pour chaque groupe.

*[L]es services qui sont assurés par la Loi canadienne sur la santé, ce que nous appelons les services assurés, sont fournis par la province. Si le gouvernement fédéral s'occupe de la prestation de services médicaux ou hospitaliers, nous demandons le remboursement de ces services à la province*¹⁹¹.

Il reste cependant que tous les groupes de clients ont des besoins de santé mentale qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Pour répondre à ces besoins, le gouvernement fédéral a trouvé une solution distincte pour chaque groupe. Les Forces canadiennes, la GRC et Service correctionnel Canada font entrer les soins de santé non assurés et les traitements pour maladie mentale sous la rubrique des nécessités opérationnelles; les Premières nations et les Inuits ont accès au Programme des services de santé non assurés; les anciens combattants ont leur Programme de soins de santé; les réfugiés ont le Programme fédéral de santé intérimaire; et les fonctionnaires ont le Régime de soins de santé de la fonction publique. En plus, il existe toute une gamme de régimes d'assurance-invalidité.

Le Comité a été étonné d'apprendre qu'il y avait un aussi grand nombre de programmes à la disposition des clients fédéraux, et qu'ils échappaient à pratiquement toute obligation de compte rendu ou d'évaluation de fonctionnement.

George Lucki, président, Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health, indique que les efforts du fédéral pour couvrir les besoins additionnels de ses clients sont caractérisés par un manque de coordination avec les provinces :

Le gouvernement fédéral est un important acheteur d'avantages non assurés qui fournissent à ceux qui travaillent pour le gouvernement

¹⁹⁰ *Loi canadienne sur la santé*, ch. C-6, art. 2 — Définitions, <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-6/183585.html#rid-183588>.

¹⁹¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

fédéral ou ceux dont les soins de santé sont une responsabilité fédérale des soins de santé mentale qui ne sont pas offerts à l'ensemble de la population canadienne.

Ces services eux-mêmes sont souvent mal coordonnés, avec les autres services de santé offerts par les autorités provinciales. Nous pensons que ces programmes doivent être révisés au complet pour s'assurer qu'ils reflètent les pratiques exemplaires et répondent aux besoins de santé mentale de ceux qu'ils desservent¹⁹².

Le Comité a été étonné d'apprendre qu'il y avait un aussi grand nombre de programmes à la disposition des clients fédéraux, et qu'ils échappaient à pratiquement toute obligation de compte rendu ou d'évaluation de fonctionnement. Le Programme des services de santé non assurés des Premières nations et des Inuits est le seul pour lequel un rapport exhaustif doit être déposé au Parlement tous les ans. Le Comité a eu vent des autres programmes par des allusions faites ici et là, mais n'en a reçu aucune description officielle et n'a eu accès à aucun rapport.

Par conséquent, le Comité recommande :

- | | |
|----|--|
| 90 | <p>Que le gouvernement fédéral entreprenne immédiatement une évaluation des tous les régimes d'assurance mis à la disposition de ses clients afin d'en déterminer l'efficacité et l'applicabilité.</p> <p>Que cette évaluation comprenne une appréciation comparative des avantages, de la protection en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, des frais administratifs, et des résultats obtenus dans le cas de chaque régime d'assurance.</p> <p>Que cette évaluation des régimes d'assurance fasse l'objet d'un rapport déposé au Parlement en 2008.</p> |
|----|--|

13.8.5 Coordination et rapport au Parlement

En 2005, le ministre de la Santé a créé un groupe de travail interministériel chargé de trouver de nouveaux moyens d'intégrer les services et les pratiques des divers ministères fédéraux qui interviennent dans le secteur de la santé mentale. Ce groupe de travail, formé de représentants issus de 20 ministères et organismes, est piloté conjointement par Santé Canada et l'Agence de santé

Malgré l'existence, dans de nombreux ministères et organismes du gouvernement fédéral, de politiques, de programmes et d'activités visant à répondre aux besoins de santé mentale des divers groupes de clients, le Comité n'a trouvé aucune entité centrale au courant de l'ensemble de ces activités, aucune tribune permettant la mise en commun de solutions ou de pratiques exemplaires, et aucune source centralisée d'information sur les détails des programmes, leur coût ou leur rendement.

¹⁹² 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

publique du Canada. Il a pour mandat d'étudier les activités fédérales et d'en accroître la cohésion dans les secteurs de la promotion et de la préservation de la santé mentale, la prestation de services et l'élaboration de politiques. Le Comité estime qu'il s'agit là d'un important premier pas dans la bonne direction, mais considère que le gouvernement fédéral doit aller beaucoup plus loin dans ses efforts pour coordonner ses divers programmes et services.

Malgré l'existence, dans de nombreux ministères et organismes du gouvernement fédéral, de politiques, de programmes et d'activités visant à répondre aux besoins de santé mentale des divers groupes de clients, le Comité n'a trouvé aucune entité centrale au courant de l'ensemble de ces activités, aucune tribune permettant la mise en commun de solutions ou de pratiques exemplaires, et aucune source centralisée d'information sur les détails des programmes, leur coût ou leur rendement. Mais surtout, personne ne semble avoir un tableau complet de l'état de santé mentale de la clientèle fédérale ni de la gamme de services offerte dans ce domaine. Ce manque de coordination ne peut qu'entraîner chevauchements de responsabilités, double emploi et gaspillage de ressources.

Le Comité estime aussi qu'il est essentiel pour le gouvernement fédéral de faire régulièrement rapport au Parlement de ses programmes et services de santé mentale.

Le Comité constate que la *Loi canadienne sur la santé* charge les provinces et les territoires de produire un rapport annuel faisant état de leurs services médicaux, hospitaliers et autres, mais que le gouvernement fédéral, lui, ne fait aucun rapport annuel, global et coordonné, pour rendre compte au Parlement de ses activités dans le secteur de la santé et des services de santé.

Le Comité estime aussi qu'il est essentiel pour le gouvernement fédéral de faire régulièrement rapport au Parlement de ses programmes et services de santé mentale. À l'heure actuelle, on demande aux parlementaires de prendre des décisions en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie sans avoir accès à toute l'information nécessaire. Par exemple, lorsque la Vérificatrice générale du Canada a fait rapport, en 2004 sur les programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques, elle a constaté que le gouvernement fédéral possédait des données à jour et très factuelles sur la consommation de médicaments, mais que ces données n'étaient pas analysées de façon systématique, ni communiquées aux professionnels de la santé pour les aider à répondre aux besoins de santé de leurs clients¹⁹³.

Les ministères donnent actuellement certains détails dans leurs plans et priorités et leurs rapports de rendement, mais aucun rapport global portant sur l'ensemble des programmes de santé fédéraux n'est déposé au Parlement. Le Comité constate que la *Loi canadienne sur la santé* charge les provinces et les territoires de produire un rapport annuel faisant état de leurs services médicaux, hospitaliers et autres, mais que le gouvernement fédéral, lui, ne fait aucun rapport annuel, global et coordonné, pour rendre compte au Parlement de ses activités dans le secteur de la santé et des services de santé.

¹⁹³ Bureau du vérificateur général du Canada, *La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques*, ch. 4, novembre 2004, <http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20041104cf.html>.

Le Comité a déjà demandé que certains ministères, qui ont un rôle important à jouer en santé mentale auprès de groupes particuliers de clients canadiens, produisent des rapports. Mais il faut envisager ces rapports dans une perspective de coordination pour que le Parlement dispose de l'information globale dont il a besoin pour rendre des décisions législatives et budgétaires éclairées qui servent réellement les intérêts des clients.

Par conséquent, le Comité recommande :

- | | |
|-----------|--|
| 91 | <p>Que tous les ministères fédéraux qui ont la responsabilité directe d'offrir des programmes et services à certains groupes de clients – notamment les Premières nations et les Inuits, les délinquants sous responsabilité fédérale, les immigrants et les réfugiés, les anciens combattants, les Forces canadiennes, la GRC et les employés de la fonction publique fédérale – produisent un rapport annuel qui décrit la responsabilité fédérale et les programmes et services fédéraux et qui indique dans quelle mesure ceux-ci répondent aux besoins de santé mentale des clients visés.</p> <p>Que ce rapport comprenne un relevé annuel de leurs programmes et services respectifs ainsi qu'une comparaison sur trois ans.</p> <p>Que ce relevé décrive clairement, pour chaque programme ou service et par exercice financier, les critères d'admissibilité, le nombre de clients desservis, les budgets accordés et les sommes dépensées, et présente une évaluation des résultats obtenus par rapport aux facteurs déterminants de la santé mentale.</p> <p>Que ce relevé soit déposé au Parlement tous les ans à compter de 2008.</p> |
|-----------|--|

CHAPITRE 14: LES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA

14.1 INTRODUCTION

Les peuples autochtones, le continuum de la santé, c'est le bien-être et non pas la maladie. La santé mentale des Autochtones est relationnelle, parce que la force et la sécurité sont tributaires de la famille et de la collectivité. En plus de partager les traditions en matière de guérison, les collectivités autochtones sont liées par un concept de bien-être selon lequel l'esprit, le corps et l'âme sont interreliés. —Debbie Dedam-Montour¹⁹⁴

Pour beaucoup de peuples autochtones, le continuum du bien-être est gravement perturbé. Chaque jour, particuliers et collectivités doivent surmonter des difficultés, que ce soit dans leurs conditions de vie matérielles, dans leur milieu social ou sur le plan psychologique. Et, pour beaucoup, chômage chronique, violence, toxicomanie et suicide en sont les conséquences. Le Comité ne peut donc que conclure que la façon dont le Canada a toujours traité ses citoyens autochtones est une honte nationale.

Le Comité ne peut donc que conclure que la façon dont le Canada a toujours traité ses citoyens autochtones est une honte nationale.

Malgré les multiples rapports publiés sur la question et les importantes ressources humaines et financières qui y ont été consacrées, la santé mentale des peuples autochtones continue d'être gravement menacée. La santé mentale des peuples autochtones se situe à l'extrémité inférieure du continuum.

Il faut toutefois se garder de parler des peuples autochtones comme d'une entité homogène. La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes de peuples autochtones, qu'elle définit comme « les Indiens, les Inuit et les Métis du Canada »¹⁹⁵. Compte tenu de la diversité qui existe entre chacun et au sein même de ces groupes, des témoins ont fait observer que :

De nombreux changements doivent être apportés et de nombreuses initiatives doivent être entreprises afin que le dossier de la santé mentale des peuples autochtones progresse de façon significative. Les politiques, programmes et procédures adoptés par le gouvernement doivent respecter et inclure tous les concepts des Premières nations, des Métis et des Inuits au sujet de la santé et de la guérison. —Bernice Downey¹⁹⁶

¹⁹⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

¹⁹⁵ Dans le présent chapitre, les peuples autochtones désignent les personnes qui se reconnaissent comme membres des Premières nations, des Indiens inscrits, des Indiens non inscrits, des Métis ou des Inuits.

¹⁹⁶ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Le Comité accepte difficilement que globalement, malgré les multiples rapports publiés sur la question et les importantes ressources humaines et financières qui y ont été consacrées, la santé mentale des peuples autochtones continue d'être gravement menacée. Si l'on prend les taux de suicide et de toxicomanie comme critères, la santé mentale des peuples autochtones se situe à l'extrémité inférieure du continuum. Des témoins se sont dits découragés devant la fréquence des consultations gouvernementales combinée à l'absence de gestes donnant des résultats. Selon l'un d'entre eux :

La réalité, c'est que ce processus ne va pas très loin. Nos commentaires et nos suggestions sont bien étayés, mais il reste à voir si on y donne suite.
—Lorraine Boucher¹⁹⁷

Le Comité reconnaît qu'il ne peut en un seul chapitre revoir le sort déplorable que connaissent depuis longtemps les peuples autochtones du Canada. Il compte plutôt se faire l'écho de tous ceux qui ont pris le temps de lui faire connaître leur point de vue. Le Comité s'est fait dire que les facteurs qui encouragent le bien-être des peuples autochtones — appui à la famille et à la collectivité, débouchés économiques, sécurité sociale et physique, etc. — sont ceux qui, s'ils font défaut, créent la nécessité d'une guérison. On lui a également dit que, si les peuples autochtones pouvaient être les maîtres de leur santé individuelle et collective et en assumer le contrôle, une bonne partie de leurs problèmes médicaux actuels n'existeraient tout simplement pas.

14.1.1 Un comité consultatif national des Autochtones

Le Comité tient à faire en sorte que soient mis sur pied des mécanismes nationaux permanents permettant d'obtenir l'avis des peuples autochtones et d'y donner suite par des mesures concrètes. Dans sa recommandation proposant de créer une Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), le Comité décrit trois mesures expressément conçues pour garantir qu'il en soit ainsi. Premièrement, l'une des personnes désignées par les gouvernements sera un représentant des gouvernements territoriaux et sera donc en mesure de faire connaître les préoccupations propres aux peuples autochtones du Nord. Deuxièmement, le rapport de la Commission devra préciser qu'il devra y avoir, parmi les membres de son conseil d'administration ne représentant pas un gouvernement, des personnes connaissant et comprenant les problèmes propres aux Canadiens d'ascendance autochtone. Troisièmement, l'un des deux comités consultatifs que la Commission instituera devra être un comité consultatif autochtone.

Le Comité tient à faire en sorte que soient mis sur pied des mécanismes nationaux permanents permettant d'obtenir l'avis des peuples autochtones et d'y donner suite par des mesures concrètes.

Dans la structure de la Commission de la santé mentale, le comité consultatif autochtone tiendrait la même place et aurait le même poids que le comité consultatif représentant les gouvernements provinciaux et territoriaux.

¹⁹⁷ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Le Comité reconnaît qu'un rapport tel que celui-ci — portant sur les maladies mentales, les toxicomanies et leur traitement — ne peut embrasser l'ensemble des impondérables constitutionnels, d'orientation stratégique et de gouvernance qui ont une incidence réelle sur la santé et le bien-être des peuples autochtones, mais il a l'intime conviction que les mesures qu'il y recommande de prendre dans l'espoir d'améliorer la santé mentale chez les peuples autochtones pourraient ouvrir la voie à des initiatives plus ambitieuses.

Sous ce rapport, il convient de noter qu'en plus du comité consultatif autochtone, la Commission de la santé mentale ne devra créer qu'un seul autre comité consultatif et que ce comité sera composé de représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux. Ainsi, dans la structure de la Commission de la santé mentale, le comité consultatif autochtone tiendrait la même place et aurait le même poids que le comité consultatif représentant les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Aux yeux du Comité, le comité consultatif autochtone est un élément essentiel d'une entreprise plus vaste (et plus durable) visant à améliorer de façon marquée la santé mentale et le bien-être de tous les peuples autochtones. Ce comité jouera à notre avis un rôle de coordination essentiel à l'élaboration d'une

Ce comité jouera à notre avis un rôle de coordination essentiel à l'élaboration d'une stratégie expressément axée sur la protection de la santé mentale et basée sur les façons de faire distinctes qui s'imposent dès qu'on traite avec une collectivité autochtone.

stratégie expressément axée sur la protection de la santé mentale et basée sur les façons de faire distinctes qui s'imposent dès qu'on traite avec une collectivité autochtone. Comme il ressort clairement des sections qui suivent, cette stratégie devra répondre aux appels répétés des peuples autochtones, qui demandent depuis longtemps qu'on délègue la compétence en la matière et le contrôle des programmes et services aux collectivités, qu'on adapte ces programmes et services en fonction de leurs cultures et qu'on leur assure un accès équitable aux programmes et aux services de santé mentale.

Le Comité croit également que les recommandations qu'il fait dans le présent rapport — en vue d'obtenir que les peuples autochtones participent pleinement à la conception et à la prestation de services de santé mentale et de services d'appui améliorés — sont parfaitement compatibles avec le principe de la prestation des soins de santé mentale dans la collectivité, principe qu'il propose d'ailleurs d'appliquer à l'ensemble de la population. Il espère donc que le comité consultatif autochtone réussira à avoir au sein de la Commission de la santé mentale un dialogue fructueux grâce auquel les Canadiens non autochtones pourront s'enrichir de l'expérience et des traditions des Canadiens autochtones dans le domaine de la protection de la santé mentale et du bien-être.

Le Comité insiste donc sur la recommandation faite au Chapitre 16, voulant :

92 **Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse un Comité consultatif des Autochtones composé de représentants des communautés autochtones, dont elle établira la composition en consultation avec des organismes autochtones de manière à représenter les Premières nations, les Inuits et les Métis et refléter globalement la répartition géographique des collectivités autochtones dans le pays.**

14.2 LE BIEN-ÊTRE COMME OBJECTIF

Des témoins représentant l'ensemble des peuples autochtones ont déclaré avec insistance qu'il fallait moins s'attacher à la maladie mentale et plus au bien-être mental. Ils ont prôné une approche holistique et globale portant sur tous les déterminants de la santé.

Des témoins représentant l'ensemble des peuples autochtones ont déclaré avec insistance qu'il fallait moins s'attacher à la maladie mentale et plus au bien-être mental. Ils ont prôné une approche holistique et globale portant sur tous les déterminants de la santé.

Valerie Gideon, directrice du Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières nations, a prôné une stratégie holistique et globale de bien-être des Premières nations :

La santé mentale et la prévention du suicide seront certainement les points essentiels de cette stratégie. La stratégie visera une approche holistique des mécanismes permettant aux collectivités la flexibilité d'allouer des ressources aux priorités et d'établir des liens avec certains déterminants de la santé tels que l'enseignement, le logement et les questions sociales et environnementales¹⁹⁸.

Les Inuits recherchent également une approche qui tienne compte de leur situation particulière. Selon Onalee Randell, directrice de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami, les Inuits ont besoin :

..[d']une gamme continue de services pertinents sur le plan culturel et qui engloberait le savoir et les pratiques traditionnelles de leur collectivité natale ou, du moins, de leur région natale. Des services d'aide aux personnes et à leurs familles. Des services qui éliminent les barrières et qui prennent en compte les déterminants médicaux et non médicaux de la

¹⁹⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*santé mentale, y compris dans les domaines de l'économie, de l'environnement, du logement et de l'éducation*¹⁹⁹.

Bien que peu d'organismes métis aient participé directement aux délibérations du Comité, Bernice Downey, directrice administrative, Organisation nationale de la santé autochtone, a présenté le point de vue de l'unité sanitaire métisse. Elle a insisté sur le fait que, pour élaborer un plan exhaustif traitant de la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones, y compris les Métis :

*...le gouvernement doit reconnaître et respecter non seulement les droits constitutionnels des Métis, mais également les concepts de santé et de bien-être qui sont particuliers aux Métis*²⁰⁰.

14.2.1 La santé mentale plutôt que la maladie mentale

Envisager les choses sous l'angle de la maladie mentale constitue, pour la plupart des témoins entendus, une approche négative et stigmatisante, si bien que personne n'ose soulever de questions précises sur le sujet. Pour certains, comme Arnold Devlin, Dilico Ojibway Child and Family Services :

Selon des témoins, il faudrait adopter une approche holistique qui réponde aux besoins spirituels, émotionnels, mentaux et physiques des individus qui se trouvent aux prises avec une réalité sociale, culturelle, économique et politique particulière.

*Il importe de faire une distinction entre les troubles mentaux et la maladie mentale. Il n'y a pas de raison de s'attendre à ce que la maladie mentale soit plus fréquente au sein de la collectivité autochtone qu'au sein de la population générale, et je n'en vois pas de preuve. C'est vrai que les Autochtones sont aux prises avec plus de troubles mentaux. C'est ce dont il est question. Il existe une très grande différence entre les deux*²⁰¹.

Il a insisté sur le fait que, pour de nombreux peuples autochtones, les manifestations externes de leur état peuvent être perçues comme « de la détresse mentale plutôt que comme une maladie. La détresse mentale peut prendre la forme d'un épisode particulier qui dure un certain temps, mais je ne le qualifierais pas de maladie mentale »²⁰².

Le Comité a appris que les peuples autochtones ne sont pas plus prédisposés que d'autres à certaines maladies mentales, mais que des personnes peuvent être profondément incapables de fonctionner dans la société canadienne, une incapacité trop souvent exprimée sous forme

¹⁹⁹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁰⁰ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁰¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁰² 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

de dépression, de suicide et de toxicomanie. Pour Elsie Bastien, coordonnatrice des liaisons avec les Autochtones, Alberta Mental Health Board :

La santé mentale est une préoccupation pour les Autochtones non pas parce que les Autochtones ont des taux plus élevés de maladie mentale aiguë telle que la schizophrénie, mais parce qu'un bon nombre d'entre eux ont des symptômes de troubles mentaux de faible niveau, dont les effets sont pourtant débilissants. Les indicateurs de ce fait sont les taux élevés d'alcoolisme, de toxicomanie, de suicides, d'accidents, de violence, ainsi que les échecs scolaires, le chômage et l'incarcération²⁰³.

Pour prévenir ou pallier de tels effets, il faudrait, selon des témoins, adopter une approche holistique qui réponde aux besoins spirituels, émotionnels, mentaux et physiques des individus qui se trouvent aux prises avec une réalité sociale, culturelle, économique et politique particulière. Au dire de Sheila Levy, présidente, Nunavut Kamatsiaqtut Help Line :

La pauvreté, la criminalité, la violence, les toxicomanies, toutes les catégories d'abus, les logements bondés, l'aliénation, l'abandon et le suicide ont tous rapport avec le bien-être mental et physique. Cette interrelation des enjeux de la santé mentale est souvent négligée²⁰⁴.

14.3 LE BIEN-ÊTRE PAR LA GUÉRISON

Pour en arriver au bien-être émotionnel souhaité par et pour les individus, les familles et les collectivités de tous les peuples autochtones, il faut une guérison. Conscients de l'incidence qu'ont encore les injustices passées, les témoins se sont dit fortement désireux d'aller de l'avant à l'aide des pratiques de guérison propres à leur culture traditionnelle.

Les témoins se sont dits fortement désireux d'aller de l'avant à l'aide des pratiques de guérison propres à leur culture traditionnelle.

Bernice Downey a expliqué la perspective métisse en matière de guérison :

...Cela comprend notamment la prestation de services en langue autochtone et l'inclusion des connaissances et pratiques de guérison traditionnelles²⁰⁵.

Jennifer Dickson, directrice exécutive, Pauktutit Inuit Women's Association, a demandé :

...un centre de guérison dans chaque collectivité éloignée de l'Arctique canadien. Il doit y avoir des travailleurs bien formés en santé mentale.

²⁰³ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁰⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁰⁵ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Ces centres pourraient fournir des endroits où les aînés, les adultes, les jeunes et les organismes pourraient s'écouter véritablement l'un l'autre et participer à des interventions et à des méthodes de guérison traditionnelles²⁰⁶.

Bill Mussell, président, Native Mental Health Association, a affirmé avec insistance que, si le peuple des Premières nations avait la possibilité de comprendre son passé par des processus de guérison, il adopterait des façons plus saines de faire face à la réalité :

Quand on pense au deuil, à la guérison et aux effets des traumatismes, il y a une façon d'aider les gens à vivre ce qui s'est passé de manière à ce qu'ils puissent continuer de grandir et de se développer. Ils doivent vivre leurs expériences. Ce processus peut être fructueux s'il est réalisé avec des gens qui les aiment, capables de leur offrir la protection nécessaire pour qu'ils puissent se mettre en contact avec la dynamique de leur vie²⁰⁷

14.3.1 La nécessité de guérir

La Commission royale sur les peuples autochtones a estimé que, parmi les forces destructrices qui continuent de saper la confiance et la santé globale des peuples autochtones, il convient de citer, outre les facteurs socio-économiques et situationnels, la perte de territoires et de contrôle des conditions de vie, la suppression du système de croyance et de spiritualité, l'affaiblissement des institutions sociales et politiques et la discrimination raciale²⁰⁸.

Sur le million d'Autochtones vivant actuellement au Canada, plus d'un tiers a été touché par l'expérience des pensionnats, soit directement pour avoir fréquenté un pensionnat, soit indirectement pour avoir fait partie de la famille ou de la collectivité associée aux survivants

Pour bien comprendre la nécessité de la guérison, Tarry Hewitt, coordonnateur de projet, Aboriginal Survivors for Healing, a rappelé aux membres du Comité qu' :

...il est essentiel de comprendre le contexte historique. En revisitant l'impact de la colonisation et, en particulier, le legs du système de pensionnats, il semble que nous revisitions un passé que d'autres rapports produits devant ce comité ont déjà traité. Mais il me semble important de relier les points pour comprendre le chemin parcouru, le chemin qui reste à faire et ce qu'il faut restaurer et utiliser du passé²⁰⁹.

²⁰⁶ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

²⁰⁷ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁰⁸ Commission royale sur les peuples autochtones, « Choisir la vie : un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones » (1995)

²⁰⁹ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Selon Gail Valaskakis, directrice de la recherche, Fondation autochtone de guérison, il faudra plusieurs générations pour effacer le traumatisme subi par les Autochtones qui sont allés dans des pensionnats :

Ils concernent les pertes subies par ceux qui ont fréquenté les pensionnats en ce qui concerne leur langue, leur culture, leur famille, leur nation autochtone, et l'incidence que cela a pu avoir sur les collectivités autochtones à cause de ce cycle de sévices qui a duré très longtemps; cela concerne également le fait qu'ils n'avaient pas de bonnes compétences parentales à cause de leur expérience des pensionnats, du traumatisme historique qu'ils ont connu — et nous avons beaucoup appris à ce sujet dernièrement — et de la douleur et du chagrin qu'ont ressentis les peuples autochtones au cours de nombreuses années de déplacement, de perte de culture et de langue, et de mortalité dans leurs propres collectivités²¹⁰.

Selon elle, « il faut en moyenne une dizaine d'années à une communauté pour mettre fin à la dénégation, créer un sentiment de sécurité et amener les gens à prendre part au processus de guérison »²¹¹. Sur le million d'Autochtones vivant actuellement au Canada, plus d'un tiers a été touché par l'expérience des pensionnats, soit directement pour avoir fréquenté un pensionnat, soit indirectement pour avoir fait partie de la famille ou de la collectivité associée aux survivants.

14.4 STRATÉGIE DE BIEN-ÊTRE ET DE GUÉRISON

Comment donc bâtir et rétablir le bien-être de tous les peuples autochtones? Un message clair ressort des multiples mémoires et interventions de particuliers: il faut de toute urgence adopter, à l'intention des Premières nations, des Inuits et des Métis, une stratégie de bien-être et de guérison, dotée d'un plan d'action clair qui peut être et sera appliqué. Il faut agir sur le plan de la santé mentale en général de manière à obtenir des résultats concrets pour la collectivité.

Il faut de toute urgence adopter une stratégie de bien-être et de guérison, dotée d'un plan d'action clair qui peut être et sera appliqué.

Toutes les approches doivent être axées sur les grands déterminants de la santé et appeler tous les secteurs économiques, sociaux, culturels et médicaux à participer et à collaborer.

La stratégie doit intégrer tous les groupes — Indiens (inscrits et non inscrits), Métis et Inuits — de toutes les régions du pays.

En 2001, au Canada, dans le groupe des Autochtones se définissant comme tels, les Indiens d'Amérique du Nord étaient les plus nombreux, soit 62 p. cent; 505 000 environ de ces derniers avaient le statut d'Indien inscrit et 104 000 n'avaient pas ce statut. Les Métis, soit

²¹⁰ 21 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/23evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²¹¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

292 000 personnes, représentaient quelque 30 p. cent du groupe et les Inuits, soit 45 000 personnes, en représentaient 5 p. cent²¹².

Il est difficile de faire des généralisations sur l'état de santé mentale en général et des besoins en la matière des peuples autochtones, étant donné la multiplicité de personnes qui se reconnaissent comme tels. D'ailleurs, les témoins ont souligné la valeur des approches conçues pour répondre aux besoins particuliers de chaque groupe.

En outre, nous savons qu'une démarche unique destinée à ces trois groupes reconnus par la Constitution n'est pas non plus la bonne solution. Toute démarche doit être propre à chaque nation.
— Bernice Downey²¹³

Pour presque tous les témoins, le borbier juridictionnel actuel est la principale entrave à un véritable cheminement vers le bien-être et une bonne santé mentale.

Et quelles sont certaines des principales composantes d'une telle compilation de stratégies? Pour les témoins, toutes les approches doivent être axées sur les grands déterminants de la santé et appeler tous les secteurs économiques, sociaux, culturels et médicaux à participer et à collaborer.

Une stratégie exhaustive doit englober des changements au système d'éducation et des moyens de créer des possibilités de développement économique; il ne s'agit pas seulement que d'étudier la santé mentale, la violence familiale et le suicide. Tous ces éléments sont interreliés
— Debbie Dedam-Montour²¹⁴

Le développement économique, le logement adéquat, l'éducation, l'équité entre les sexes, la protection de l'environnement et les questions juridiques ne sont que quelques enjeux qui nécessitent une approche vigoureuse et holistique — Jennifer Dickson²¹⁵

Pour presque tous les témoins, le borbier juridictionnel actuel est la principale entrave à un véritable cheminement vers le bien-être et une bonne santé mentale. Tous les peuples autochtones (Premières nations, Métis ou Inuits) sont désavantagés, mais chacun a été

²¹² Ces données s'appuient sur les données fournies par Statistique Canada dans le cadre de la Séance de suivi sectoriel sur la santé de la Table ronde Canada — Autochtones de novembre 2004. Il s'agit de quatre documents : *Profil de la population des Indiens de l'Amérique du Nord au Canada ayant le statut d'Indien inscrit*; *Profil de la population des Indiens de l'Amérique du Nord au Canada sans statut d'Indien inscrit*; *La population métisse du Canada* et *La population inuite du Canada*, http://www.aboriginalroundtable.ca/sect/hlth/index_f.html.

²¹³ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²¹⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²¹⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

contraint, pour des raisons législatives et administratives, à entretenir des liens différents avec le gouvernement fédéral et donc se retrouve dans une situation différente pour ce qui est de la prestation de programmes et de services par le gouvernement provincial et territorial. Choquée de cette situation, Donna Lyon, directrice, Organisation nationale de la santé autochtone, a appelé le gouvernement fédéral à admettre :

... qu'il a l'obligation en vertu d'un traité ou de la Constitution, selon le cas, d'offrir des programmes de santé aux trois peuples autochtones²¹⁶...

Les témoins ont convenu des composantes essentielles d'une bonne stratégie. Pour eux, il est essentiel de se concentrer sur les déterminants de la santé et de clarifier les compétences et les responsabilités des divers ministères en matière de santé globale des peuples autochtones. Ils ont insisté sur le fait que, une fois mise en place, une telle stratégie permettrait d'éviter bon nombre des problèmes de santé mentale que connaissent les individus et les collectivités.

Le Comité appuie fermement l'élaboration d'une stratégie visant la promotion du bien-être, le rétablissement de la santé mentale et la prévention d'une aggravation de la santé mentale des peuples

Le Comité appuie fermement l'élaboration d'une stratégie visant la promotion du bien-être, le rétablissement de la santé mentale et la prévention d'une aggravation de la santé mentale des peuples autochtones.

autochtones. Cette stratégie doit être capable d'améliorer de façon mesurable l'état de santé global de l'ensemble des peuples autochtones et de tenir compte des besoins distincts des Premières nations, des Inuits et des Métis où

La stratégie doit miser sur des partenariats reconnus et une collaboration authentique.

qu'ils vivent. La stratégie doit miser sur des partenariats reconnus et une collaboration authentique entre secteurs sociaux, économiques, médicaux et autres; le but visé est en gros de trouver des solutions adaptables et multidimensionnelles aux problèmes complexes que connaissent les peuples autochtones par la voie d'une véritable participation communautaire et du partage du pouvoir concernant l'application des changements.

En 2003, les premiers ministres canadiens ont demandé à leur ministre de la santé de consulter les peuples autochtones à propos d'un cadre visant la préparation de rapports sur l'état de santé des Autochtones²¹⁷. Les rapports doivent renseigner la population sur les progrès réalisés et les principaux résultats en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'établir des comparaisons entre Canadiens autochtones et non autochtones. Les rapports doivent également informer la population canadienne des programmes en vigueur et des dépenses courantes et fournir des données de référence à partir desquelles il sera possible d'évaluer les nouveaux investissements, niveaux de service et résultats. Ces données sont essentielles à la réussite de toute stratégie relative au bien-être et à la guérison.

²¹⁶ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²¹⁷ Santé Canada (septembre 2004), Information : Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2003accord/index_f.html.

La stratégie doit préciser l'autorité responsable de son exécution, le mode de mesure du bien-être, les objectifs à atteindre, le moment où les mesures concrètes seront mises en place et les critères permettant de juger des résultats. Il est essentiel de prévoir un calendrier précis pour la mise en place d'initiatives et l'évaluation des résultats ainsi qu'un mécanisme de financement durable et suffisant.

Le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 93 | <p>Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), avec la participation pleine et entière de son Comité consultatif des Autochtones, élabore une stratégie en matière de bien-être et de guérison sur le plan de la santé mentale pour l'ensemble des peuples autochtones.</p> <p>Que la stratégie énonce des buts, ainsi qu'un calendrier d'application, et des recommandations sur la façon d'évaluer les résultats.</p> <p>Que la stratégie prévoie des approches distinctes pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.</p> |
|----|---|

14.5 AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ POUR CHAQUE GROUPE

Des témoins ont fait valoir que, pour être valable, toute stratégie doit s'appuyer sur la prise en compte de l'ensemble des conditions ou déterminants de la santé qui contribuent au piètre état de santé des peuples autochtones. Ils ont montré comment des facteurs clés plus généraux — revenu et statut social, réseaux d'entraide sociale, niveau d'instruction, emploi, environnement social et physique, pratiques personnelles en matière de santé et capacité d'adaptation, enfance, patrimoine biologique et génétique, services de santé, sexe et culture — influent sur la santé mentale. Mais, surtout, ils ont expliqué comment l'on pouvait éviter bon nombre de problèmes de santé physique et mentale chez les peuples autochtones en améliorant chacun des ces déterminants.

Des facteurs clés plus généraux — revenu et statut social, réseaux d'entraide sociale, niveau d'instruction, emploi, environnement social et physique, pratiques personnelles en matière de santé et capacité d'adaptation, enfance, patrimoine biologique et génétique, services de santé, sexe et culture — influent sur la santé mentale.

14.5.1 Approches propres à chaque groupe et culture

Comme nous l'avons déjà dit, les peuples autochtones sont très divers. Même parmi ceux qui se sont identifiés comme Indiens d'Amérique du Nord (près de 65 p. cent), Métis (30 p. cent) ou Inuits (5 p. cent), il existe bien des pratiques culturelles, des liens, des langues

Au dire de certains témoins, la guérison, la langue et la culture traditionnelles sont d'une importance critique pour ce qui est de surmonter les attitudes et les comportements négatifs.

et des situations sociales, économiques et géographiques dans les limites territoriales du Canada.

Pour les Premières nations, plus de la moitié (52 p. cent) des Indiens d'Amérique du Nord ayant le statut d'Indien inscrit vivaient dans des réserves, selon le recensement de 2001. Des témoins ont affirmé que l'existence même des réserves nuisait à la santé mentale des Indiens d'Amérique du Nord, phénomène souvent exacerbé par l'éloignement.

Comme l'a fait remarquer James Morris, directeur exécutif, Nodin Counselling Services, du nord de l'Ontario :

Je n'ai pas besoin de parler de l'environnement dans lequel vivent ces gens; ils vivent dans une pauvreté débilatante, dans des collectivités isolées. C'est la même histoire dans n'importe quelle région isolée, où les gens sont pauvres. Le contexte est le même dans toutes les collectivités des Premières nations. Je ne pense jamais à une réserve comme à un environnement normal pour les peuples des Premières nations²¹⁸.

Pour les Inuits, la situation géographique crée certains besoins sur le plan de la prestation de programmes et de services. Cinq des plus importantes collectivités inuites (qui comptent entre 1 500 et 3 000 personnes) sont regroupées au-dessus ou à proximité du 60^e parallèle dans les territoires de l'Ouest et les provinces de l'Est. On a rappelé au Comité que ce n'est qu'au cours des 50 dernières années, le gouvernement fédéral établissant une présence significative dans l'Arctique, que les Inuits ont été déplacés de leurs campements saisonniers et réinstallés de façon permanente.

Selon Jennifer Dickson :

Au cours des années 1950, [des Inuits installés dans des campements saisonniers et de plus petites collectivités] ont été contraints de déménager dans d'autres localités, les autorités religieuses, médicales et gouvernementales ayant statué que la vie dans de plus grands centres améliorerait leur bien-être social et économique. Au contraire, ce déménagement allait profondément bouleverser la dynamique historique et culturelle de la côte nord, et avoir un impact durable sur les familles affectées²¹⁹.

Pour les Métis, l'histoire a également été déterminante — surtout le fait que leur relation avec les autres Canadiens ne soit pas encore régie par des traités ou des règlements de revendications territoriales. En 2001, plus d'un quart de tous les Métis vivait en Alberta, et cette province est la seule qui ait délégué par voie législative aux établissements métis le pouvoir d'élaborer, dans certaines limites, des décrets et des politiques dans quelques régions

²¹⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²¹⁹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

précises du Nord. Près de 70 p. cent de l'ensemble des Métis du Canada vivent cependant dans des villes (en dehors d'établissements particuliers), où résident également plus de sept sur 10 (73 p. cent) des Indiens d'Amérique du Nord sans statut d'Indien inscrit.

Au dire de certains témoins, la guérison, la langue et la culture traditionnelles sont d'une importance critique pour ce qui est de surmonter les attitudes et les comportements négatifs. Tarry Hewitt a appelé à des décisions communautaires à propos des pratiques de guérison traditionnelles ou conventionnelles mais a souligné que :

La promotion des pratiques de guérison traditionnelle passe par la reconnaissance de leur efficacité et la mise en valeur des ressources humaines afin de surmonter les habitudes de dépendance et de restaurer l'estime de soi des Autochtones et la confiance dans leur culture²²⁰ ...

Dans le même esprit, Jennifer Dickson a appuyé les approches culturellement pertinentes :

La culture et le savoir traditionnels sont au cœur de la santé et du bien-être des Inuits. La sagesse des Inuits et leurs façons de faire doivent être intégrées dans tous les programmes pour qu'ils aient des répercussions positives sur la santé des personnes et de la communauté²²¹.

14.5.2 Des appuis familiaux et communautaires

Bon nombre de témoins ont tenu à souligner que des familles et des collectivités solides sont essentielles à la réalisation du bien-être général. Ils ont reconnu que les choix personnels sont importants, mais ont noté la forte influence de facteurs sociaux collectifs sur bon nombre de décisions que les peuples autochtones prennent à propos de leur vie.

Bernice Downey a décrit comment les familles saines forment des collectivités fortes :

Lorsqu'on parle de santé mentale, on se tourne du côté des familles en bonne santé. Ces familles trouvent le moyen de subvenir à leurs besoins, elles ont un but dans la vie, elles ont un emploi qui leur permet de contribuer à la société. Elles peuvent vivre leur vie sans être empêchées de le faire à cause des restrictions sur la chasse, par exemple, et elles peuvent enseigner leurs traditions à leurs enfants et leurs enfants peuvent alors poursuivre sur la même lancée. C'est ça, la santé mentale pour une communauté²²².

D'autres témoins ont souligné que des relations sociales chaleureuses et des réseaux d'entraide assurent une stabilité aux gens et les aident à résoudre leurs problèmes et à

²²⁰ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²²¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²²² 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

affronter l'adversité. Tous ceux qui se sentent incapables de contrôler les circonstances de leur vie se sentent moins bien globalement. Bill Mussell a proposé le concept de « prise en charge » comme moyen de protéger les gens contre certains problèmes :

J'aime la notion de prise en charge. Nos jeunes se sentent comme des sans-abri même s'ils ont un toit. Ils ont une maison, mais pas de foyer. Les personnes qui doivent s'occuper d'eux ne sont pas là ni les personnes qu'ils aiment et ceux qu'ils souhaiteraient voir prendre soin d'eux

La question qu'il faut plutôt poser est celle-ci : Que doit-on faire, avec des ressources limitées, pour favoriser cette prise en charge?

Je ne crois pas qu'on puisse l'acheter, mais on peut certes faire en sorte qu'elle se développe²²³.

La fréquence avec laquelle les peuples autochtones changent de lieu de résidence est préoccupante. Il s'ensuit un manque de continuité dans les liens sociaux ainsi qu'une perte du sentiment communautaire. Selon des données du recensement, il semblerait que la population des réserves est relativement stable, bien qu'un tiers (33 p. cent) de la population indienne d'Amérique du Nord ayant le statut d'Indien inscrit et vivant dans des grandes villes ait déménagé chaque année. De même, 25 p. cent de la population indienne d'Amérique du Nord sans statut d'Indien inscrit et 23 p. cent de la population métisse déménagent chaque année — soit deux fois plus souvent que les peuples non autochtones (14 p. cent).

14.5.3 Les enfants et les jeunes

Dans tous les groupes autochtones, la population est beaucoup plus jeune que dans le reste de la population. Ce sont les Inuits qui ont la population la plus jeune, puisque l'âge médian n'est que de 20,6 ans, contre 37,7 ans pour la population non autochtone. Ceci signifie que, parmi les Inuits, 40 p. cent sont des enfants de moins de 15 ans. Ce pourcentage est de 30 p. cent chez les Métis et, dans la population indienne d'Amérique du Nord, de 25 p. cent chez ceux ayant le statut d'Indien inscrit et de 35 p. cent chez ceux sans statut d'Indien inscrit.

Dans tous les groupes autochtones, la population est beaucoup plus jeune que dans le reste de la population.

Les enfants sont particulièrement visés par divers types d'aide sociale, l'environnement physique, la stabilité familiale et le statut socio-économique. James Morris a évoqué son expérience et ses observations sur l'importance critique d'un appui adéquat pour les jeunes.

Je connais des enfants qui ont faim, qui sont mal vêtus ou qui n'ont pas d'endroit où dormir. Dans une communauté, j'ai vu un groupe de 18 personnes vivant ensemble dans une petite roulotte contenant seulement trois lits. Chacun dormait à tour de rôle. Lorsqu'une nuit ce n'était pas

²²³ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

au tour de l'enfant de dormir, il n'allait pas à l'école le lendemain. Il devait aller au lit quand tous les autres se levaient. La pauvreté est un problème important dans les réserves et elle a une incidence sur les enfants, à mon avis²²⁴.

Gloria Laird, co-présidente, Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee, a exposé les difficultés liées au fait qu'un grand nombre d'enfants et de jeunes autochtones sont visés par un réseau de services sociaux dont un très faible pourcentage des membres du personnel est autochtone. Elle a également laissé entendre qu'une forte proportion des prostitués enfants en Alberta est autochtone et a des besoins particuliers que le système actuel ne comble pas.

Ça fait des années que je demande qu'on crée un centre de guérison holistique. Mais cela n'a rien donné. On peut discuter jusqu'à plus soif, mais rien ne change. Ce sont les jeunes qui disent qu'ils veulent aller en campagne en compagnie des aînés. Ce sont eux qui demandent de faire des sueries afin de se purifier. Il leur faut des solutions innovatrices. Ils doivent quitter les villes.

Qui créera un centre de guérison holistique pour ces jeunes qui n'ont pas de voix? Les enfants sont de plus en plus jeunes; ils ont maintenant 10 et 11 ans. Il est difficile d'arrêter de se prostituer quand on est toxicomane et qu'on consomme les drogues comme le crystal meth²²⁵.

Les témoins ont plaidé en faveur de la mise en place de mécanismes d'aide destinés aux jeunes adultes à mesure que ces derniers comprennent le monde et leur place en son sein. Jason Whitford, coordonateur du Conseil pour la jeunesse, Assemblée des Chefs du Manitoba, a décrit le travail effectué

L'établissement de stages pour les jeunes; la création d'emplois pour les jeunes, la promotion des valeurs et des enseignements traditionnels, les consultations des services de police de Winnipeg et de la GRC, la sensibilisation à la sécurité sur les lieux de travail et la promotion de la prévention du suicide.

dans un certain nombre de secteurs importants : l'établissement de stages pour les jeunes; la création d'emplois pour les jeunes, la promotion des valeurs et des enseignements traditionnels, les consultations des services de police de Winnipeg et de la GRC, la sensibilisation à la sécurité sur les lieux de travail et la promotion de la prévention du suicide. Le but visé est d'encourager les jeunes à participer au changement et de promouvoir le leadership de ces derniers à cet égard :

Nous disons aux jeunes que s'ils n'aiment pas la tournure des choses et s'ils sont suffisamment nombreux, ils peuvent prendre le contrôle de leurs collectivités et les remodeler à leur manière. Les organismes bénévoles, les conseils de jeunes, les organisations de jeunes leur donnent les moyens de

²²⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²²⁵ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

s'attaquer au problème et d'offrir des possibilités aux autres jeunes de leur entourage. Ils veulent changer la situation dans leurs collectivités, mais il y a beaucoup de jeunes qui n'ont pas les moyens de s'exprimer eux-mêmes de façon positive²²⁶.

14.5.4 Les conditions socio-économiques

Des témoins ont dégagé diverses conditions socio-économiques qui ont influé sur leur santé et leur bien-être global. En général, les inégalités sur le plan du revenu pour les peuples autochtones se sont corrigées à la faveur d'un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi, ce qui s'est répercuté sur l'accès au logement, l'alimentation et d'autres nécessités de la vie, matérielles et sociales.

Parmi les groupes autochtones, ce sont les Métis qui ont déclaré le revenu moyen le plus élevé en 2000, soit 22 000 \$ environ, ce qui est inférieur de près de 8 000 \$ au revenu moyen des non autochtones.

Pour trop d'Autochtones, le chômage ou le sous-emploi est la principale cause de leur piètre état de santé.

Divers facteurs nuisent à la faculté des peuples autochtones d'avoir un revenu. Il faut mentionner le manque d'instruction, puisque celui-ci est directement lié aux possibilités d'emploi et que le nombre de personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires est presque deux

Les facteurs comme le logement et l'infrastructure communautaire se répercutent sur le bien-être psychologique. Il est particulièrement significatif que les ménages autochtones (Indiens, Inuits et Métis) sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues non autochtones de vivre dans des logements ne satisfaisant pas à des normes de qualité acceptables.

fois plus élevé chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Notons aussi la jeunesse de la population autochtone, 40 p. cent seulement des Inuits étant en âge de travailler (et donc ayant entre 25 et 65 ans).

L'emploi ne fournit pas seulement un revenu permettant de se procurer les nécessités de la vie, comme le logement et l'alimentation, mais il assure également un sentiment d'identité et un but précis, des contacts sociaux et des possibilités de croissance personnelle. Pour trop d'Autochtones, le chômage ou le sous-emploi est la principale cause de leur piètre état de santé. Comme en a témoigné Elsie Bastien, non seulement l'emploi est limité mais, en raison de règles relatives à l'aide sociale, les Autochtones ne peuvent participer librement à d'autres activités valorisantes :

La plupart de nos gens sont en chômage parce qu'ils ne trouvent pas d'emplois, notre taux de chômage atteignant les 85 p. 100. La communauté a cherché à subventionner les gens pour qu'ils puissent suivre une formation, ce qui leur aurait permis de travailler ensuite dans certains de ces programmes comme bénévoles. Mais au début de l'année, le gouvernement fédéral a modifié la loi pour tenir compte, à mon avis, de ce que fait la province. Par conséquent, une bonne partie de ces gens qui

²²⁶ 31 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

auraient pu faire du travail communautaire pour nous, ne peuvent plus le faire puisque nous n'avons pas les fonds voulus pour les rémunérer et puisqu'ils doivent désormais se chercher du travail rémunéré. Ils doivent démontrer qu'ils ont continué à chercher un emploi rémunéré, avant de pouvoir toucher leur chèque de bien-être à la fin du mois²²⁷.

Les facteurs comme le logement et l'infrastructure communautaire se répercutent sur le bien-être psychologique. Il est particulièrement significatif que les ménages autochtones (Indiens, Inuits et Métis) sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues non autochtones de vivre dans des logements ne satisfaisant pas à des normes de qualité acceptables (logements ayant besoin de réparations majeures) et de confort (trop grand nombre d'occupants par logement).

Larry Gordon a expliqué :

Dans bien des régions, la pénurie de logements fait rage. Il ne faut pas sous-estimer les retombées sur la santé mentale de situations où les familles s'entassent à un point où certaines personnes doivent dormir par terre ou attendre leur tour pour dormir. Les sans-abri, quant à eux, font la tournée de leur parenté pour tâcher de trouver un endroit où passer la nuit²²⁸.

14.5.5 Les femmes

Pour consolider la santé mentale des hommes et des femmes des collectivités autochtones, il faut changer les pratiques et les priorités. Plusieurs témoins ont souligné la nécessité de prendre davantage conscience des différences et de l'équilibre selon les sexes au sein des familles et des collectivités ainsi qu'au sein des structures et des initiatives organisationnelles et gouvernementales.

Actuellement, les rôles, les comportements et les relations de pouvoir désavantagent doublement les femmes — parce qu'elles sont femmes et parce qu'elles sont Autochtones. Des témoins ont signalé que les services offerts aux femmes autochtones et les soutiens connexes à leurs enfants sont moins nombreux, moins efficaces et de moindre qualité que ceux fournis aux Canadiens dans leur ensemble.

Actuellement, les rôles, les comportements et les relations de pouvoir désavantagent doublement les femmes — parce qu'elles sont femmes et parce qu'elles sont Autochtones.

Les femmes jouent un rôle primordial dans la venue de changements réels et l'obtention de résultats pour les collectivités autochtones. La force des femmes est le principal déterminant de leur propre santé mentale, et de celle de leur famille et de leur collectivité.

²²⁷ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²²⁸ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Or les femmes jouent, semble-t-il, un rôle primordial dans la venue de changements réels et l'obtention de résultats pour les collectivités autochtones. Bill Mussell a souligné que la force des femmes est le principal déterminant de leur propre santé mentale, et de celle de leur famille et de leur collectivité. Jennifer Dickson a ajouté :

Les femmes inuites sont véritablement les agents du changement dans l'Arctique canadien. Si elles sont motivées, incluses et appuyées, elles peuvent contribuer, et contribueront, considérablement à l'établissement de collectivités solides, stables, saines et heureuses²²⁹.

14.5.6 Recommandations

Le Comité a écouté attentivement les témoignages sur les principaux déterminants de la santé et a convenu que ceux-ci étaient primordiaux pour la santé mentale, que ce soit celle des individus, des familles, des collectivités ou des peuples autochtones en général. Il reconnaît qu'il faut un plan d'action axé sur les multiples déterminants de la santé et sur les interactions complexes entre ces derniers. Compte tenu de la multitude de facteurs qui causent des problèmes mentaux chez les peuples autochtones, toute stratégie visant à y remédier doit être fondée sur des preuves claires, portant à la fois sur les problèmes particuliers et sur l'ampleur des mesures nécessaires.

Le Comité recommande :

- | | |
|----|---|
| 94 | <p>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), en consultation avec son Comité consultatif autochtone, élabore, en tant que composante intégrale de la stratégie en matière de bien-être et de guérison dans le domaine de la santé mentale, un plan qui :</p> <ul style="list-style-type: none">• dégagerait les principaux déterminants de la santé;• évaluerait l'effet de ces déterminants sur la santé mentale;• préciserait les mesures à mettre en place et• établirait les calendriers et les niveaux de financement nécessaires pour encourager bien-être et guérison. |
|----|---|

²²⁹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

14.6 AGIR SUR LES CHAMPS DE COMPÉTENCE

Le Comité s'est fait dire à maintes reprises que le flou entourant les champs de compétence relatifs aux peuples autochtones est l'un des principaux obstacles à l'édification d'un système cohérent et intégré de planification et de fourniture des services en matière de bien-être et de santé mentale.

Le flou entourant les champs de compétence relatifs aux peuples autochtones est l'un des principaux obstacles à l'édification d'un système cohérent et intégré de planification et de fourniture des services en matière de bien-être et de santé mentale.

Les membres des Premières nations qui sont des Indiens inscrits vivant dans des réserves bénéficient d'un certain nombre de programmes et services en matière de santé mentale; mais ce n'est plus le cas lorsqu'ils quittent la réserve. Lorraine Boucher, directrice des programmes de santé, North Peace Tribal Council, a expliqué :

Je constate que la classe politique se renvoie constamment la balle quand il est question de l'accès des membres des Premières nations aux services. Quand nous habitons dans la réserve, nous relevons du gouvernement fédéral. Quand nous habitons à l'extérieur de la réserve, nous relevons du gouvernement provincial²³⁰.

Pour les Inuits, la situation est analogue. Onalee Randell a fait valoir que ce sont ceux qui ont besoin des services qui pâtissent du différend qui existe encore relativement aux champs de compétence :

Le débat entourant les responsabilités continue, que ce soit celles du gouvernement fédéral ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux. En fait, ce débat a fini par devenir plus important que la prestation de services aux Inuits et fait obstacle à cette prestation dont on a grand besoin²³¹.

À l'instar des Indiens d'Amérique du Nord sans statut d'Indien inscrit, les Métis connaissent des problèmes de santé mentale qui sont comparables à ceux des Premières nations et des Inuits, mais ils doivent constamment se battre sur le front de la reconnaissance des responsabilités au sein de la fédération canadienne. Le gouvernement fédéral ne se reconnaît pas de responsabilités particulières pour les Métis ou les Indiens non inscrits, tandis que les provinces et les territoires hésitent à demander des éclaircissements juridiques. De nombreux Métis désirent simplement savoir précisément s'ils tombent sous la responsabilité du gouvernement fédéral ou provincial, de manière à pouvoir avoir accès plus facilement aux services dont ils ont besoin.

²³⁰ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²³¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Les Métis ont besoin de services de santé mentale adaptés à leur culture. Le nombre de travailleurs métis en santé mentale doit augmenter comme c'est le cas chez les Inuits et les Premières nations en général. Il faut aussi accroître les services à leur égard et régler le problème des compétences de sorte qu'ils aient accès aux programmes fédéraux ou provinciaux de santé mentale destinés aux Autochtones
— Donna Lyon²³².

14.6.1 Définir le rôle du gouvernement fédéral

Actuellement, tous les ordres de gouvernement cultivent une certaine ambivalence à propos de leurs responsabilités en matière de santé des peuples autochtones. La *Loi constitutionnelle de 1867*, qui prévoyait (aux articles 91 et 92) une séparation des pouvoirs entre le parlement fédéral et les assemblées législatives provinciales, stipulait que la responsabilité des peuples autochtones variait selon les catégories, certaines obtenant le statut par reconnaissance du fédéral, d'autres non.

Pour le gouvernement fédéral, la *Loi sur les Indiens* est le point de référence en matière de services aux Indiens inscrits vivant dans des réserves et à certains Inuits. Dans le sillage de son engagement de 2004 visant à mettre sur pied un Secrétariat des Inuits au sein d'Affaires indiennes et du Nord Canada, le gouvernement fédéral a commencé à jouer un rôle public plus précis pour ce qui est de son approche des questions propres aux Inuits. Depuis 1985, sauf pour les programmes qui visent la population canadienne en général, les Métis et les Indiens non inscrits s'adressent à leur interlocuteur fédéral, nommé par le gouvernement, plutôt qu'à un ministère fédéral en particulier.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux hésitent à fournir un financement ou des services aux Autochtones, car ils craignent d'être perçus comme acceptant cette responsabilité. Cette ambivalence généralisée est particulièrement grave en matière de santé mentale, car les programmes et les services pertinents englobent forcément l'éducation, le logement, l'emploi et l'aide sociale, de même que la santé — autant de domaines qui sont en général perçus comme de compétence provinciale ou territoriale.

Il n'y avait aucune ambivalence chez les témoins qui ont comparu devant le Comité et qui ont appelé à un éclaircissement des relations avec le gouvernement fédéral. L'organisation de la Table ronde Canada — Autochtones, en 2004, a été perçue, pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, comme un premier pas vers l'autodétermination fondée sur les droits des Autochtones²³³. À la fin mai 2005, des organismes représentant divers groupes ont signé

²³² 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²³³ Canada-Autochtones- Table ronde, Rapport récapitulatif final (par les animateurs), http://www.aboriginalroundtable.ca/sect/ffr/index_f.html

plusieurs déclarations qui énonçaient des mesures particulières visant à préciser encore les relations avec le gouvernement du Canada²³⁴.

Des témoins ont évoqué une nouvelle relation spéciale avec le gouvernement du Canada qui se démarquerait des interactions actuelles, auxquelles participent plusieurs ministères. Irene Linklater a insisté sur la nécessité de rétablir le lien spécial avec la Couronne. Elle a expliqué que les Premières nations désiraient :

...des relations directes, sinon avec le premier ministre, du moins avec le Conseil privé, ainsi qu'avec les principaux organismes de décision qui ont pris des dispositions financières directement avec les Premières nations, bref des relations directes entre les Premières nations et le gouvernement fédéral ou, si vous préférez, des relations de nation à nation²³⁵...

14.6.2 Focaliser les efforts des ministères fédéraux

Au niveau fédéral, les domaines qui sont déterminants pour la santé mentale des peuples autochtones sont de la compétence de plusieurs ministères fédéraux. Il existe à cet égard une extrême fragmentation, étant donné que plusieurs ministères offrent des programmes ou services particuliers à certains groupes de peuples autochtones. Dans la plupart des cas, les services sont fournis exclusivement aux Premières nations vivant dans des réserves; dans d'autres, ils sont offerts seulement aux Premières nations vivant en dehors des réserves; d'autres encore touchent les Inuits et quelques-uns sont axés sur les Autochtones de façon plus générale.

En 2005, 16 ministères et organismes fédéraux ont offert aux Autochtones des programmes qui se sont chiffrés en tout à quelque 9,1 milliards de dollars. Affaires indiennes et du Nord Canada a dépensé les deux tiers environ de cette somme (soit 6 milliards de dollars), Santé Canada près de 2 milliards de dollars, tandis que les autres ministères et organismes en ont dépensé légèrement plus d'un milliard de dollars²³⁶. Jusqu'ici, il n'existe aucune estimation sur les

Jusqu'ici, il n'existe aucune estimation sur les sommes totales dépensées par le fédéral au titre de la santé mentale, des maladies mentales et de la toxicomanie chez les Autochtones.

Les peuples autochtones estiment que l'obligation de traiter avec plusieurs ministères est une entrave d'importance, un véritable handicap.

Au niveau fédéral, les domaines qui sont déterminants pour la santé mentale des peuples autochtones sont de la compétence de plusieurs ministères fédéraux. Il existe à cet égard une extrême fragmentation, étant donné que plusieurs ministères offrent des programmes ou services particuliers à certains groupes de peuples autochtones.

²³⁴ Affaires indiennes et du Nord Canada (31 mai 2005), Communiqué, « Réunion de réflexion conjointe des ministères fédéraux et des dirigeants autochtones nationaux », http://www.ainc-inac.gc.ca/nr/prs/m-a2005/2-02665_f.html

²³⁵ 1^{er} juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²³⁶ Affaires indiennes et du Nord Canada, Budget des dépenses de 2005-2006 : Rapport sur les plans et priorités, « Partenaires fédéraux », http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20052006/INAC-AINC/pdf/INAC-AINCr56_f.pdf

sommes totales dépensées par le fédéral au titre de la santé mentale, des maladies mentales et de la toxicomanie chez les Autochtones.

Sauf pour ce qui est de certaines obligations précisées dans la *Loi sur les Indiens* et administrées par le ministère des Affaires indiennes et du Nord, le gouvernement fédéral a permis l'élaboration d'un fondement différent pour chaque ensemble de programmes et de services fournis aux peuples autochtones. Ni la *Loi constitutionnelle de 1867*, ni celle de 1982 ne prévoit de compétence législative ni n'impose d'obligation juridique aux ministères ou organismes fédéraux pertinents.

Les peuples autochtones estiment que l'obligation de traiter avec plusieurs ministères est une entrave d'importance, un véritable handicap. Pour les Premières nations, la répartition des programmes sociaux et du financement connexe entre deux ministères a créé un fossé sur le plan de la santé et des relations des Premières nations avec la Couronne et le gouvernement du Canada :

...permettez-moi de [...] souligner [...] une lacune — sur le plan des relations du fait que, d'une part, les dispositions constitutionnelles établies par le Canada ont permis de créer un organisme administratif appelé les Affaires indiennes, et que, d'autre part, ses pouvoirs à ce chapitre sont maintenant délégués à un ministère fédéral, soit Santé Canada, ou plus précisément la DGSPNI, structure qui filtre l'argent. Cela s'est fait, notez bien, sans notre concours. — Irene Linklater²³⁷.

À propos des Inuits, Onalee Randell a signalé que, parce que tant de ministères entrent en jeu, les compétences sont morcelées entre divers ministères, perpétuant les différends à ce propos :

Le débat entraîne aussi de mauvaises communications et une mauvaise coordination entre non seulement les fournisseurs de services de santé de différentes régions, mais aussi entre les agences intergouvernementales. Les responsables du logement ne veulent jamais parler de l'effet du logement sur la santé mentale. Les responsables de l'éducation ne veulent jamais parler de révision ou de changement des programmes d'études afin d'inculquer à l'étudiant l'estime de soi et des habiletés d'adaptation²³⁸.

Pour les Métis, le problème vient de ce qu'il n'y a tout simplement pas de centralisation au niveau des ministères ou du gouvernement. Ni Affaires Indiennes et du Nord Canada ni Santé Canada n'assument la responsabilité expresse de la question. Toutefois, selon Gloria Laird, co-présidente, Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee, on

²³⁷ 1^{er} juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

²³⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

commence à chercher des moyens de centraliser au niveau d'un ministère les interventions répondant aux besoins en services de santé du peuple métis²³⁹.

14.6.3 Recommandations

Le Comité reconnaît que, pour qu'un plan d'action et une stratégie réussissent, il faut régler cette ambivalence sur le plan des champs de compétence ou du moins les remplacer par des énoncés clairs de responsabilités. Actuellement, les peuples autochtones sont très mobiles et les chevauchements de compétence abondent. Le fait de vivre dans une réserve puis d'en sortir ainsi que les déplacements entre provinces et territoires ne devraient pas interrompre la prestation de services, ce qui peut aboutir à la disparition des programmes essentiels à la santé mentale.

Pour qu'un plan d'action et une stratégie réussissent, il faut régler cette ambivalence sur le plan des champs de compétence ou du moins les remplacer par des énoncés clairs de responsabilités.

Des témoins ont dit au Comité que tous les ordres de gouvernement ont toujours rejeté la responsabilité de la détérioration de l'état de santé général des peuples autochtones. Un tel déni a mené au rejet des responsabilités sur d'autres, obscurci les faits et empêché la création de modes d'évaluation des progrès vers une meilleure santé, notamment mentale.

Certains témoins ont clairement dit vouloir une relation plus directe avec la Couronne, par l'entremise du gouvernement du Canada, de manière à être directement responsables de leur propre santé. Mais ils souhaitent que cette responsabilité s'inscrive dans une relation avec le gouvernement du Canada qui reconnaisse la capacité des peuples autochtones de contrôler leur vie s'ils disposent de ressources et d'appuis suffisants.

Le fait de vivre dans une réserve puis d'en sortir ainsi que les déplacements entre provinces et territoires ne devraient pas interrompre la prestation de services, ce qui peut aboutir à la disparition des programmes essentiels à la santé mentale.

Le Parlement du Canada et le gouvernement fédéral ont depuis longtemps la responsabilité du bien-être de l'ensemble des citoyens du Canada, ce qui comprend les peuples autochtones. Un niveau sans précédent de collaboration intergouvernementale et de leadership fédéral est nécessaire pour enrayer l'épidémie de problèmes mentaux, de suicides et de toxicomanie notamment, que connaissent les peuples autochtones. En plus du travail à entreprendre par la Commission canadienne de la santé mentale, il faudra impérativement que le gouvernement fédéral prenne immédiatement des mesures visant à répondre aux besoins des peuples autochtones en matière de santé mentale.

Un niveau sans précédent de collaboration intergouvernementale et de leadership fédéral est nécessaire pour enrayer l'épidémie de problèmes mentaux, de suicides et de toxicomanie notamment, que connaissent les peuples autochtones.

Le Comité estime toutefois que le besoin le plus pressant est de coordonner les efforts du gouvernement fédéral en vue d'améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones au Canada.

²³⁹ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Le Comité a analysé plusieurs mesures fédérales qui compléteraient et appuieraient le travail de la Commission canadienne de la santé mentale proposée. Malgré les mécanismes de surveillance parlementaire assurés par les comités permanents des deux chambres et les rapports que présente à l'occasion la vérificatrice générale, les questions touchant les peuples autochtones n'ont pas été examinées avec suffisamment de rigueur ou de continuité par le Parlement. On pourrait établir un mandataire du Parlement, analogue au vérificateur général ou au commissaire aux langues officielles, qui relèverait directement du Parlement (plutôt que d'un ministère ou d'un ministre en particulier).

Une deuxième possibilité, qui s'appuierait sur les initiatives du premier ministre dans le cadre de la Table ronde Canada-Autochtones, serait d'établir une structure permanente similaire à la Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie. Constituée comme organe consultatif autonome, cette table ronde favorise les coalitions et tente de réconcilier les positions souvent contradictoires des pouvoirs publics, des secteurs économiques et de la collectivité.

Le Comité estime toutefois que le besoin le plus pressant est de coordonner les efforts du gouvernement fédéral en vue d'améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones au Canada. L'établissement d'un comité chargé des questions autochtones au sein du Cabinet et un secrétariat au Bureau du Conseil privé, combiné à l'engagement pris en 2003 de faire rapport sur la situation des peuples autochtones, devrait faciliter une reconnaissance directe plus grande du lien entre le gouvernement fédéral et les peuples autochtones.

Le Comité recommande :

- | | |
|----|--|
| 95 | <p>Que le gouvernement du Canada crée un Comité interministériel composé de sous-ministres des ministères assumant une responsabilité à l'égard des peuples autochtones et présidé par le Bureau du Conseil privé.</p> <p>Que ce Comité interministériel prépare un rapport qu'il déposera au Parlement tous les deux ans sur l'incidence du travail de ces ministères sur le bien-être des peuples autochtones et, notamment, mais sans s'y limiter, sur leur santé mentale.</p> <p>Que le rapport sur le bien-être des Autochtones comporte une liste de tous les programmes et services fédéraux propres à chaque groupe de peuples autochtones et précise les dépenses effectuées et l'incidence de ces dernières sur les résultats obtenus sur le plan de la santé et, notamment, de la santé mentale;</p> <p>Que le Comité interministériel appuie des groupes de travail composés de représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis et chargés de fournir des renseignements et des conseils et de vérifier le rapport.</p> |
|----|--|

14.7 AGIR SUR LA PRESTATION DES PROGRAMMES ET SERVICES

Les programmes et services conçus pour maintenir un bon état de santé, empêcher les maladies ou rétablir santé et fonctions constituent également un déterminant de la santé pour les peuples autochtones. Comme nous l'avons déjà souligné, des programmes et services fédéraux particuliers concernant la santé mentale des peuples autochtones sont fournis essentiellement aux Premières nations vivant dans des réserves. Souvent, par extension, ils sont fournis à des clients inuits, mais le sont rarement à des Indiens non inscrits et à des Métis.

Sur les 16 ministères et organismes fédéraux qui offrent des programmes aux peuples autochtones, ce sont Affaires indiennes et du Nord Canada et Santé Canada qui sont les principaux responsables. Le premier est chargé de l'administration de la *Loi sur les Indiens* et fournit en majeure partie les services de base comme l'éducation, l'aide sociale, le logement et l'infrastructure communautaire aux Indiens inscrits vivant dans des réserves et à certaines communautés inuites. Pour certains services de santé, c'est Santé Canada qui est responsable de la prestation de soins primaires par l'entremise de postes de soins infirmiers et de centres de santé destinés aux clients des Premières nations et inuits vivant dans des réserves et dans de nombreuses collectivités éloignées et isolées. Le Programme des services de santé non assurés offre un appui relatif aux médicaments, une intervention en situation de crise et du counselling en santé mentale aux clients inuits et des Premières nations admissibles, quel que soit leur lieu de résidence, lorsqu'ils n'ont pas d'autre assurance.

Des témoins ont fait valoir un certain nombre de conditions essentielles à la réussite des programmes et services en santé mentale, dont le pouvoir et la compétence de la communauté, l'accommodement culturel et l'égalité d'accès. Si ces éléments sont intégrés à la prestation des programmes et services, il serait possible de constituer ce que Bill Mussell a appelé des « pratiques exemplaires » :

Nous parlons de faiblesses, de problèmes et d'enjeux, mais nous parlons rarement de nos ressources et de nos forces, et des aspects positifs de notre vie. Quelles sont les pratiques valables que nous appliquons? J'hésite à employer l'expression « pratiques exemplaires », parce que je pense qu'il y a tellement de choses que nous ne savons pas. Si nous devons adhérer à la notion de pratiques exemplaires, je pense que cela reviendrait à nous tirer le tapis de sous les pieds avant d'avoir la chance de réellement cerner, explorer et découvrir ce qui fonctionne vraiment²⁴⁰.

²⁴⁰ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

14.7.1 Pouvoir et compétence de la collectivité

Pour la plupart des témoins, le pouvoir et la compétence relativement aux programmes et aux services sont essentiels à la réussite. Ils ont affirmé que les collectivités autochtones doivent prendre le contrôle de leur destinée en supervisant la conception des programmes et services en santé mentale, de la prestation de ces derniers et de leur pertinence culturelle. Valerie Gideon a déclaré que, à moins que les Premières nations ne se sentent maîtres et responsables d'un ensemble complet de programmes de bien-être mental, tout nouvel investissement ou toute nouvelle initiative serait inévitablement voué à l'échec.

Les témoins ont affirmé que les collectivités autochtones doivent prendre le contrôle de leur destinée en supervisant la conception des programmes et services en santé mentale, de la prestation de ces derniers et de leur pertinence culturelle.

Pour d'autres, il est nécessaire de bâtir les capacités de façon à cerner les forces et les compétences au sein de chaque collectivité et famille autochtone. Pour Bill Mussell, « le fondement de l'approche est la constitution d'une capacité communautaire qui soit fiable, sûre et utile dans le contexte du soutien régional et provincial ». Il a précisé :

La capacité doit être constituée à tous les niveaux du système : au niveau de la personne, de la communication familiale et de la résolution de problèmes; de l'entraide; des modèles de groupes de soutien qui reflètent la réalité des réseaux communautaires et des relations existantes; de l'offre d'aide au personnel par ses pairs et par d'autres professionnels à l'échelle communautaire, qui offrent des services fondés sur l'éventail d'approches culturelles grand public et complémentaires de la guérison et de l'aide; des ressources régionales, y compris des professionnels très spécialisés, comme des psychologues prêts à mettre leurs compétences à contribution pour entreprendre un processus créatif et collaborateur en vue de concevoir de nouveaux programmes et services; des services provinciaux qui offrent un haut niveau de services spécialisés pour appuyer le renforcement de la capacité nécessaire dans les collectivités²⁴¹.

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, a également reconnu que les collectivités cherchent le pouvoir et le contrôle :

Il était difficile pour les peuples autochtones de parvenir à une consultation et une participation complètes lorsque les programmes et services étaient identifiés, établis et fournis à l'échelle régionale.

Je suis absolument convaincu que des meilleurs résultats en santé ne seront pas obtenus tant que nous n'encouragerons pas les communautés à participer plus activement. Notre stratégie est de travailler avec les provinces et les communautés, en utilisant les ressources du gouvernement fédéral, afin de déterminer si nous pouvons établir un système de santé

²⁴¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

dans lequel les communautés pourront jouer un rôle actif. Malgré nos compétences techniques, je ne pense pas que nous obtiendrons des bons résultats si nous ne réussissons pas à créer un système de santé qui serait perçu comme relevant de la communauté, soutenu par la communauté, et souvent mis en oeuvre par les membres de la communauté²⁴².

Il a cependant ajouté que la souplesse était cruciale :

La participation des collectivités est essentielle à la réussite des programmes. Ceux-ci doivent aussi être suffisamment importants pour que l'on puisse assurer les services nécessaires. Il se peut donc qu'il faille des structures qui dépassent en taille et en capacité de nombreuses collectivités²⁴³.

M. Potter a également indiqué que Santé Canada souhaite une intégration accrue des services fédéraux et des services provinciaux de manière à réduire les doubles emplois et les chevauchements problématiques car :

La plupart des services que nous offrons sont dispensés par les Premières nations et les Inuits. Une partie du processus leur assure le soutien dont ils ont besoin pour jouer un rôle essentiel dans le système de soins de santé au Canada, qui est provincial ou territorial²⁴⁴.

Les peuples autochtones se sont dits inquiets d'être poussés dans l'arène provinciale (souvent sur base régionale). Ils ont indiqué qu'il leur était difficile de parvenir à une consultation et une participation complètes lorsque les programmes et services étaient identifiés, établis et fournis à l'échelle régionale.

Comme l'a expliqué Valerie Gideon :

Surtout dans les provinces où la plupart des décisions sont effectuées par des autorités régionales de la santé relativement indépendantes, les collectivités des Premières nations doivent veiller à forcer ces autorités à leur rendre compte du type de services qu'elles fournissent à leurs membres. Toutefois, le fait est que ces autorités n'ont pas la capacité de leur fournir des services. Un nombre très restreint d'autorités régionales

²⁴² 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-e/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁴³ Ian Potter, Sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, lettre au sénateur Michael Kirby, président, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, 7 février 2006, p.3.

²⁴⁴ 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*de la santé cherchent à établir des liens avec les collectivités des Premières nations*²⁴⁵.

Pour Onalee Randell, le financement régional n'appuie pas les programmes communautaires.

*Il semble que nous traversons une période au cours de laquelle le financement du gouvernement fédéral n'est pas fondé sur la collectivité; il s'agit d'un financement régional qui implique des collectivités particulières. Ce financement est insuffisant pour le secteur de la santé mentale. Comment déterminer qu'une collectivité a besoin d'un programme de santé mentale? Serait-ce une collectivité où il n'y a pas eu de suicide ou une où il y en a eu quatre, cinq, six ou sept dans l'année*²⁴⁶?

14.7.2 Accommodement culturel

Les témoins ont demandé à avoir accès à des services et des soins de santé appropriés sur le plan culturel qui tiennent compte de la diversité culturelle interne, même au sein de chaque groupe. Ils ont demandé que le personnel chargé de la santé mentale ainsi que les autres fournisseurs de services, notamment les enseignants, les policiers et les chargés des services sociaux et des services à l'enfance reçoivent une formation en sensibilisation culturelle.

Elsie Bastien a déclaré que la compréhension et l'acceptation de la diversité des peuples autochtones étaient cruciales :

*Les fournisseurs de services en santé mentale ne pourront créer un environnement culturel sûr pour les Autochtones que s'ils ont été formés pour comprendre et accepter le contexte culturel, linguistique, tribal, géographique, économique, politique et communautaire de diverses collectivités autochtones. La méconnaissance de l'importance de ces facteurs contextuels entraîne souvent la stigmatisation, de mauvais diagnostics et un traitement inapproprié*²⁴⁷.

Tarry Hewitt, entre autres, a rappelé à plusieurs reprises l'importance des pratiques de guérison traditionnelles comme facteur important de progrès :

Les cercles de guérison, lorsqu'ils sont adaptés à la culture et dirigés par un Autochtone expérimenté, et dans notre cas, diplômé, sont plus que des « séances de groupe » à saveur indienne. Ils ont leurs racines dans les

²⁴⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁴⁶ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁴⁷ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*cérémonies et les traditions, et seuls les sages sont capables de les diriger*²⁴⁸.

Bien que les témoins aient convenu qu'il fallait déléguer plus de pouvoirs aux collectivités autochtones pour concevoir des services sur mesure et encourager des solutions plus adaptées sur le plan culturel, ils ont reconnu qu'il y avait des obstacles. Tarry Hewitt a admis que des compétences traditionnelles d'appui :

Les témoins ont demandé que le personnel chargé de la santé mentale ainsi que les autres fournisseurs de services, notamment les enseignants, les policiers et les chargés des services sociaux et des services à l'enfance reçoivent une formation en sensibilisation culturelle.

*[...] implique[nt], paradoxalement, de vaincre le préjugé non autochtone en faveur des traitements et des méthodes conventionnels, mais également le préjugé autochtone — conséquence de décennies d'intervention paternaliste — selon lequel les pratiques non autochtones seraient supérieures*²⁴⁹.

Comme l'a signalé Sheila Levy, les traditions culturelles doivent s'intégrer aux réalités sociales :

*Une rétrospective au travers d'une lentille rose n'a pas été bien utile. Les Inuits veulent le meilleur de chacun des deux mondes où ils vivent. Bien des Inuits avec qui j'ai travaillé et que je connais bien me l'ont affirmé. Ils veulent des méthodes fondées sur les preuves et des approches intégrées aux croyances inuites, à leur mode de vie et à leur culture*²⁵⁰.

De toute évidence, les différences d'identité, de taille et de lieu géographique de chaque groupe doivent être prises en compte dans toute stratégie sur la santé mentale. Des représentants de Service correctionnel Canada ont dû expliquer si les programmes et services destinés aux délinquants autochtones tenaient compte des questions d'adaptation : par exemple, quelqu'un qui montre des signes de problèmes mentaux peut simplement avoir des difficultés d'adaptation sociale provenant du fait qu'il vient d'une culture et d'une région différentes. M. Michael Bettman, médecin à Service correctionnel Canada, a fait savoir que les questions étaient complexes et qu'il était difficile de trouver de bonnes solutions.

Si l'on pense à des traitements culturels spécifiques, et si l'on tient compte du monde rural par rapport au monde urbain, c'est encore plus compliqué. C'est pourquoi nous avons entrepris, non pas tant de recréer mais de construire à partir de la base, un bon nombre de nos

²⁴⁸ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁴⁹ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22cv-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁵⁰ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*programmes pour les populations autochtones précisément — des programmes conçus par les peuples autochtones, souvent administrés par des membres des collectivités autochtones pour la population autochtone qui est surreprésentée dans notre système fédéral*²⁵¹.

14.7.3 Égalité d'accès

De nombreux témoins ont réfuté avec insistance l'affirmation du gouvernement fédéral selon laquelle il y a des niveaux raisonnablement comparables de services pour les peuples autochtones dans tout le pays. Ils ont décrit le mélange de programmes et de services destinés aux peuples autochtones selon qu'ils sont Indiens, Métis, Inuits, et qu'ils vivent ou non dans des réserves, dans un milieu urbain du nord ou du sud, dans une province ou un territoire ou un autre. Certains ont ajouté que de fournir des services provinciaux comparables à ceux offerts à l'ensemble de la population à des personnes dont la santé et le bien-être est bien inférieur n'a pas de sens. Pour une meilleure comparabilité du niveau de santé réel, il faut que les programmes et services soient conçus expressément pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones.

De nombreux témoins ont réfuté avec insistance l'affirmation du gouvernement fédéral selon laquelle il y a des niveaux raisonnablement comparables de services pour les peuples autochtones dans tout le pays.

Pour une meilleure comparabilité du niveau de santé réel, il faut que les programmes et services soient conçus expressément pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones.

Donna Lyon a rappelé au Comité que les Métis sont généralement exclus :

*Au sein du Centre métis, environ 30 p. 100 des Métis font partie du groupe cible de la population autochtone. Un grand nombre des initiatives destinées aux Premières nations ne vise pas les Métis et probablement pas non plus les Inuits. Les Métis ne sont pas non plus visés par le National Indian Health Board et ils n'ont pas accès au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*²⁵².

Même pour les Premières nations, il y a des problèmes de continuité selon que l'intéressé vit dans la réserve ou hors de la réserve et, dans ce cas, en ville. Irene Linklater a mentionné les exigences de résidence pour avoir droit de vivre en réserve :

Il y a ici un enjeu touchant le lieu de résidence, par exemple quelqu'un qui a dû passer trois mois à l'hôpital perd alors cet avantage et doit accéder aux services provinciaux. On peut faire face à d'autres complications, par exemple : si on doit s'en aller pour étudier ou pour

²⁵¹ 23 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/08ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁵² 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

autre chose et qu'on doive ensuite recevoir des soins palliatifs, on ne peut revenir dans sa communauté, car les services médicaux ne comprennent pas l'allocation de fonds pouvant permettre à la personne de retourner chez elle pour mourir avec dignité²⁵³.

Dans chaque champ de compétence, la prestation de services de santé à la population inuite varie selon le lieu de résidence. Les Inuits estiment que les services sont différents selon que les prestataires résident dans les territoires, où le gouvernement fédéral a toujours certaines compétences, ou vivent dans les provinces au sein desquelles il y a des populations inuites plus importantes comme le Québec ou Terre-Neuve et Labrador, où le gouvernement fédéral estime que la province est responsable, parce qu'ayant l'obligation de fournir les services dans le Nord. Comme l'a expliqué Onalee Randell :

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits offre des programmes de prévention et de promotion et, dans certains cas, des programmes de soins et de traitement limités à l'intention des collectivités inuites par l'entremise des deux gouvernements territoriaux. Ils sont offerts pour les Inuits vivant au Nunavut et à Inuvialuit par l'entremise de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik du Québec et par l'intermédiaire de la Labrador Inuit Health Commission pour les Inuits du Labrador. À Nunavik, par exemple, dans le nord du Québec, une personne qui a besoin de services importants en santé mentale est transportée par Medivac dans un hôpital montréalais qui a conclu un partenariat ou une entente. En fait, un lit est réservé aux Inuits de Nunavik dans le réseau hospitalier de Montréal²⁵⁴.

14.7.4 Recommandations

Le Comité reconnaît qu'il est nécessaire d'aborder la question sous un angle nouveau et d'avoir des idées novatrices menant à des programmes dotés d'objectifs clairs et de moyens précis de mesurer les progrès ou l'absence de progrès. Il se demande quels résultats ont eu les 200 millions de dollars alloués à un fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones, mis sur pied

Le Comité reconnaît qu'il est nécessaire d'aborder la question sous un angle nouveau et d'avoir des idées novatrices menant à des programmes dotés d'objectifs clairs et de moyens précis de mesurer les progrès ou l'absence de progrès.

après la réunion spéciale de septembre 2004 du premier ministre, des premiers ministres et des chefs autochtones²⁵⁵. Ce fonds fédéral devrait permettre aux pouvoirs publics et aux

²⁵³ 1^{er} juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁵⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁵⁵ Gouvernement du Canada (septembre 2004), Engagement en matière de santé des Autochtones, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2004/2004_commit-engage_f.html.

collectivités de concevoir de nouvelles façons d'intégrer et d'adapter les services de santé existants afin de mieux répondre aux besoins de tous les peuples autochtones.

Le Comité convient qu'il est nécessaire de mettre en place un système transparent pour promouvoir le bien-être, non seulement des peuples des Premières nations et des Inuits, mais également de l'ensemble des peuples autochtones. Il sait que de nombreuses Premières nations ont accepté d'être responsables de la prestation directe des services de soins de santé. Il reconnaît également qu'il est nécessaire que la collectivité participe davantage à la conception et à l'application de tous les programmes et services visant les peuples autochtones et, dans la mesure du possible, ait le pouvoir et la compétence nécessaires relativement à ces programmes. Qui plus est, il estime que les programmes et services offerts à tous les peuples autochtones donneront de meilleurs résultats si les principes d'accommodement culturel et d'égalité d'accès sont respectés.

Le Comité ne s'attend pas à ce que le gouvernement fédéral fournisse tous les programmes et services nécessaires, mais il s'attend à ce qu'il veuille à ce que ces derniers soient fournis, comme il en a la responsabilité. Le gouvernement fédéral peut y parvenir, soit directement en les fournissant, soit en fournissant aux provinces un financement expressément affecté aux peuples autochtones, qui soit calculé par habitant et selon leur état de santé. Quelle que soit l'autorité chargée de la prestation des programmes et services nécessaires, il est crucial que les pouvoirs soient clairement énoncés et les résultats suivis de près. Des mécanismes de contrôle adéquats et des mesures d'évaluation objectives doivent être mises en place.

Le Comité convient qu'il est nécessaire de mettre en place un système transparent pour promouvoir le bien-être, non seulement des peuples des Premières nations et des Inuits, mais également de l'ensemble des peuples autochtones.

Le Comité reconnaît que, compte tenu des arguments et des témoignages entendus à propos des responsabilités et des champs de compétence ainsi que de la prestation des services et de programmes, il s'ensuit logiquement qu'il faut mettre en place un modèle de gouvernance des affaires des peuples autochtones au Canada qui soit complètement différent. Ce nouveau modèle devrait tenir compte du fait que le moment est venu d'envisager sérieusement un mécanisme permettant aux peuples autochtones de participer à la prise de décisions les concernant. Le Comité sait aussi que ce nouveau modèle ne peut être une simple reconfiguration administrative. Son élaboration ne peut non plus être proposée dans le contexte d'un rapport dont le but premier est la santé mentale et le bien-être des Canadiens en général.

Le Comité estime que les programmes et services offerts à tous les peuples autochtones donneront de meilleurs résultats si les principes d'accommodement culturel et d'égalité d'accès sont respectés.

Le Comité n'estime donc pas judicieux de proposer une nouvelle entité ou structure fondée uniquement sur les témoignages qu'il a entendus pendant son étude sur la santé mentale. Mais il est préparé à appuyer la poursuite des travaux sur les questions de gouvernance et d'administration pour les peuples autochtones. Il reconnaît en particulier la nécessité d'une

Le Comité n'estime donc pas judicieux de proposer une nouvelle entité ou structure fondée uniquement sur les témoignages qu'il a entendus pendant son étude sur la santé mentale.

plus grande autonomie pour les peuples autochtones sur le plan de la conception et de la prestation des programmes et services visant à répondre aux besoins qu'ils auront dégagés.

Pour le moment, le Comité recommande donc :

- | | |
|----|--|
| 96 | <p>Que le gouvernement du Canada travaille en étroite collaboration avec les provinces et territoires et les représentants des diverses collectivités autochtones à la mise sur pied des programmes et services jugés nécessaires par les peuples autochtones.</p> <p>Que les critères de conception et de prestation des programmes et services jugés nécessaires tiennent compte du fait qu'il est important d'accroître la participation de la collectivité et d'assurer l'accommodement culturel et l'égalité d'accès.</p> <p>Que tout mode de prestation de ces programmes et services comporte un mécanisme permanent de surveillance et d'évaluation par le public des résultats qu'aura obtenus l'organisme qui en assure le financement.</p> <p>Que les critères de financement et de reddition de comptes soient rendus publics.</p> |
|----|--|

14.8 MESURES PARTICULIÈRES

14.8.1 Reconduction de la Fondation autochtone de guérison

De nombreux témoins ont insisté sur la nécessité de miser sur les efforts de la Fondation autochtone de guérison et appelé à sa reconduction à long terme. Cette fondation a été établie en 1998 et dotée d'un mandat de 10 ans consistant à régler les questions liées à la violence physique et aux sévices sexuels perpétrés dans les pensionnats²⁵⁶. Elle occupe une place particulière en tant que premier organisme autochtone national représentant tous les groupes travaillant à des projets décidés à l'initiative des Autochtones et mis en place au niveau de la collectivité. Selon Gail Valaskakis, elle a joué un rôle critique puisqu'elle a établi des partenariats, déterminé et comblé les écarts au niveau des services et fait participer les survivants et ceux qui subissent les répercussions intergénérationnelles²⁵⁷.

Des représentants des Premières nations et des Inuits ont indiqué qu'il fallait renouveler à long terme le financement de la Fondation de manière à élargir et à maintenir les projets de guérison communautaires. Pour Shawn Atleo, chef A-in-chut, chef régional de la Colombie-Britannique, le financement des efforts de guérison au niveau de la collectivité sont cruciaux pour accroître le bien-être émotionnel dans sa collectivité :

²⁵⁶ Fondation autochtone de guérison, http://www.ahf.ca/f_AboutUs.aspx.

²⁵⁷ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*Durant les années 1990, nous avons assisté à une baisse des tentatives de suicide et des suicides parmi les Nuu-chah-nulth. Même si nous ne pouvons pas indiquer un seul facteur, je sais que le travail de la Fondation autochtone de guérison a été extraordinaire pour notre peuple. La Fondation a permis la création et la prestation de services de guérison fondées sur les collectivités*²⁵⁸.

Pour les Inuits, qui ont adopté le processus relativement tard, les programmes mis en place par la Fondation ont comblé un besoin :

Les Inuits qui ont examiné le programme de la Fondation autochtone de guérison ont conclu qu'il fallait en élargir la portée et qu'il ne souligne pas seulement les pensionnats et leur effet négatif en termes d'abus, mais aussi l'effet négatif lié à la perte de la langue, la perte culturelle et la perte des compétences parentales. Ceux qui ont fait cette recommandation ont déclaré ne pas avoir subi d'abus aux pensionnats; ils croient que les pensionnats ont été une expérience positive. Toutefois, ils ne parlent pas leur langue et ils éprouvent un sentiment de perte de culture.
— Onalee Randell²⁵⁹

Le financement de la Fondation cesse en 2007 et, pour de nombreux groupes, cela représente un autre exemple de l'instabilité qui découle du financement à court terme. Lorsque les collectivités se seront dotées des capacités nécessaires pour demander un financement par l'entremise de la Fondation, celui-ci sera épuisé :

Durant les trois premières années de ce financement, les collectivités ont essayé de déterminer leurs besoins et leur application et même d'avoir recours à de l'assistance pour rédiger des propositions, assistance qui a été fournie par la Fondation autochtone de guérison. Quand finalement des initiatives ayant des échéanciers de trois à cinq ans sont mises en place dans les collectivités, le financement a cessé. Il est peu probable que des employés quittent un emploi permanent pour travailler dans un projet ne pouvant durer que deux ans; il est donc difficile de recruter du personnel qualifié.— Onalee Randell²⁶⁰.

Gail Valaskakis a confirmé que les Inuits n'ont accédé aux programmes de la Fondation autochtone de guérison que relativement tard. Elle a également noté :

²⁵⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁵⁹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁶⁰ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Il a été encore plus ardu d'atteindre les Métis, qui constituent un groupe cible. Il a aussi été difficile d'atteindre un grand nombre de personnes qui sont invisibles à nos yeux, comme les sans-abri et les détenus²⁶¹...

Mme Valaskakis s'est appuyée sur les données de deux études portant sur le coût des violences et la valeur de la guérison pour prouver que « la guérison est rentable et efficace sur le plan individuel et social ». Selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, la violence faite aux enfants est extrêmement coûteuse et « la société canadienne paie environ 440 millions de dollars par année en services correctionnels, en services sociaux et en services d'éducation spéciale et de santé »²⁶².

La seconde étude citée par Mme Valaskakis portait sur la guérison au regard de l'incarcération dans la Hollow Water Reserve. Elle montrait que la guérison est plus rentable et efficace que l'incarcération et, en fait, en diminue l'incidence :

Pour chaque 2 \$ consacré au programme communautaire des cercles de guérison, les gouvernements fédéral et provinciaux économisent de 6 \$ à 16 \$ en frais d'incarcération. Il s'agit d'une estimation prudente, calculée en maintenant le coût du système constant et en ajoutant le coût d'un détenu²⁶³.

On estime que la Fondation autochtone de guérison fournit le type d'approche intégrée qui a de meilleures chances de réussir que le modèle compartimenté actuellement en cours. Comme en a témoigné Gail Valaskakis :

Jusqu'ici, la Fondation autochtone de guérison a investi 437 millions de dollars dans des projets communautaires de tous types : il peut s'agir de projets de sensibilisation et de prévention, de véritables services de guérison et de ressourcement, et de services de guérison de longue durée dans des centres de traitement des traumatismes ou en vertu de programmes de traitement des dépendances²⁶⁴.

Elle a appelé à un appui à long terme de la Fondation autochtone de guérison :

La somme de 600 millions de dollars permettrait d'appuyer une stratégie de guérison s'échelonnant sur 30 ans, en tenant compte d'un taux d'inflation de 2,5 p. 100. En outre, cet investissement entraînerait un

²⁶¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁶² 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁶³ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁶⁴ 21 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/23evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

rendement de 5 p. 100. Ainsi, 28,7 millions de dollars par année seraient disponibles pour financer des projets dans les communautés. Cela signifie qu'au bout de 30 ans, la Fondation autochtone de guérison aurait investi 1,2 milliard de dollars dans la guérison²⁶⁵.

Le Comité félicite la Fondation autochtone de guérison pour le travail que celle-ci a effectué et est d'accord avec tous ceux qui appellent à un engagement à long terme envers son travail. Il reconnaît la nécessité de continuer à s'occuper des séquelles des violences et des incidences intergénérationnelles, entre autres, des blessures sociales, psychologiques, culturelles et spirituelles. Il appuie les objectifs que sont la reconnaissance, le redressement, la guérison et la réconciliation.

Le Comité recommande;

- | | |
|----|---|
| 97 | <p>Que le gouvernement du Canada renouvelle le mandat de la Fondation autochtone de guérison et en assure le financement pendant trois autres années.</p> <p>Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) et son Comité consultatif autochtone entreprennent une évaluation de l'efficacité et de l'efficacités de la Fondation autochtone de guérison.</p> <p>Que les résultats de l'évaluation s'assortissent de recommandations concernant l'avenir de la Fondation autochtone de guérison et soient rendus publics.</p> |
|----|---|

14.8.2 Accroissement des ressources humaines en santé

Tous les témoins ont reconnu que la santé mentale, la prévention et le traitement des maladies mentales dépendent de soins intégrés et interdisciplinaires assurés par divers fournisseurs de soins de santé. Dans les collectivités autochtones, la pénurie aigüe de médecins généralistes, d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé nuit gravement à la prestation de soins et de services appropriés.

Beaucoup ont insisté sur la nécessité d'avoir des professionnels de la santé mentale qui sont eux-mêmes autochtones, ou, du moins, qui connaissent les cultures autochtones. les fournisseurs de soins qui sont autochtones peuvent compenser les préjugés culturels qui peuvent influencer sur le diagnostic.

Beaucoup ont insisté sur la nécessité d'avoir des professionnels de la santé mentale qui sont eux-mêmes autochtones, ou, du moins, qui connaissent les cultures autochtones.

²⁶⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Arnold Devlin a expliqué comment les psychiatres formés dans une autre culture et ayant des vécus différents ont réagi face aux peuples autochtones du Nord de l'Ontario :

Jadis, les psychiatres de la région Nishnawbe-Aski étaient formés en Écosse et en Angleterre. Ils débarquaient dans la région fraîchement diplômés de l'Université de Toronto. Ils diagnostiquaient chez les gens de multiples troubles de la personnalité et des maladies mentales exotiques. Je me souviens d'avoir jasé, une fois, avec une dame qui venait de voir le psychiatre et je lui ai demandé ce qu'elle lui avait dit. Elle m'a répondu qu'elle lui avait simplement raconté sa vie et qu'il lui avait prescrit des médicaments. Voilà la réalité et, souvent, la conception du monde, le sens des valeurs et les croyances sont très différents, de sorte que le psychiatre n'y voit que du feu et ne comprends pas ce que vit la personne²⁶⁶.

Selon Rob Wipond, les fournisseurs de soins qui sont autochtones peuvent compenser les préjugés culturels qui peuvent influencer le diagnostic. Réfutant l'opinion selon laquelle les collectivités autochtones souffrent davantage de troubles mentaux que le reste de la population, il a affirmé :

Pourtant, d'innombrables travaux de recherche ont conclu que les différences au chapitre de la culture, du mode de vie et de la spiritualité représentent des facteurs fondamentaux dans les diagnostics posés et les traitements imposés. Si vous vous mettez à voir des dieux et des démons, et si vous croyez que vous êtes sur le point de connaître un éveil mystique, il serait fort surprenant qu'un psychiatre vous accompagne dans votre exploration. Il vous qualifiera de sujet « délirant », sans doute de « schizophrène », et il vous tranquilliserá²⁶⁷.

Le nombre de travailleurs autochtones qui oeuvrent actuellement dans le domaine de la santé mentale et leurs préoccupations particulières n'ont pas été entièrement quantifiées. Par exemple, une psychiatre autochtone, Cornelia Wieman, qui était retournée dans sa réserve des Six-Nations pour y pratiquer la médecine, s'est rendu compte que la collectivité n'avait pas les fonds nécessaires pour lui verser un salaire compatible avec sa formation et son expertise.

Arthur W. Blue, médecin, a fait remarquer que Native Psychologists of Canada est un petit organisme comptant moins de 20 membres. Il estime nécessaire d'avoir un établissement de soutien chargé de former des psychologues

Plusieurs témoins ont insisté sur la nécessité de répondre de façon novatrice à la pénurie d'Autochtones dans le domaine de la santé mentale.

²⁶⁶ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁶⁷ 6 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/18eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

cliniques autochtones et, ainsi, obtenir les mêmes résultats que le programme d'accès des Autochtones, grâce auquel on est passé de 51 à 250 médecins autochtones en 20 ans. Il a insisté sur l'importance du rôle des psychologues :

Ce n'est pas seulement que le traitement, mais aussi la prévention. Non seulement font-ils de la psychométrie, de la psychothérapie, de la psychothérapie de groupes, du traitement des abus, tant physiques que de substances toxiques, mais ce sont les professionnels de la santé mentale les mieux éduqués qu'aie le Canada, et ils devraient travailler main dans la main avec les travailleurs de la santé mentale, les travailleurs sociaux, les médecins et les conseils de bande²⁶⁸.

Bon nombre d'Autochtones ne réussissent pas à poursuivre des études et à faire carrière comme travailleurs sociaux. Plusieurs témoins ont insisté sur la nécessité de répondre de façon novatrice à la pénurie d'Autochtones dans le domaine de la santé mentale. Tarry Hewitt a décrit le programme de formation juridique destiné à 10 étudiants du Nunavut offert par la Akitsiraq Law School, en collaboration avec l'Université de l'école Victoria Law, l'Université d'Ottawa, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Nunavut. Elle a également mentionné la collaboration de l'Université du Cap-Breton et des collectivités des Premières nations en Nouvelle-Écosse dans le but d'amener l'université dans les collectivités :

Le Comité estime cependant qu'il faut s'efforcer tout particulièrement d'accroître le nombre d'Autochtones qui poursuivent des carrières dans le domaine des soins de la santé, en particulier de la santé mentale. Il faut de toute urgence mettre en place des approches qui tiennent compte de la culture de manière à pouvoir former et conserver des psychiatres, des psychologues, des infirmiers en santé mentale, des travailleurs sociaux autochtones, entre autres professionnels de la santé.

Les avantages sont évidents : les étudiants peuvent poursuivre leurs études postsecondaires sans avoir à quitter leur famille ou à abandonner leurs responsabilités familiales, dans un environnement familier et moins intimidant. De telles expériences conduisent à une augmentation du taux de persévérance scolaire. Les établissements d'enseignement profitent de ces partenariats pour donner l'occasion aux professeurs invités de mieux connaître les collectivités et les coutumes des Premières nations²⁶⁹.

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive, National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization, a signalé que la formation d'un représentant en santé communautaire (REC) avait changé dans le cadre du processus de transfert de la santé et, au lieu d'être offerte par Santé Canada, se trouvait sous l'égide d'une bande. Elle a précisé : « Certains collèges, comme le Collège Portage, offrent un programme des représentants de la santé communautaire. L'Alberta et le Manitoba offrent aussi des cours mais pas dans le cadre

²⁶⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁶⁹ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

d'un programme structuré. »²⁷⁰ Le but poursuivi actuellement est d'établir des programmes de formation en compétences essentielles pour les REC dans chacune des provinces.

La question de l'accréditation, de l'établissement des qualifications de guérisseur, a également été abordée par Tarry Hewitt :

Les collectivités autochtones disposent d'hommes et de femmes capables de continuer à guérir traditionnellement et toujours prêts à s'inspirer des anciens et des guérisseurs et guérisseuses. Ces hommes et ces femmes pourraient devenir d'excellents facilitateurs des cercles de guérison et autres méthodes de guérison traditionnelles. Les collectivités autochtones disposent déjà des structures qui permettraient d'étudier en détail la capacité reconnue de ces guérisseurs aux services incommensurables²⁷¹.

Ce processus est important pour les guérisseurs traditionnels qui demandent un financement à Santé Canada en tant que travailleurs de la santé dans les collectivités inuites et des Premières nations. Selon Ian Potter, il faut un système de normalisation :

Nous avons certaines limites à l'égard du financement de la médecine traditionnelle parce qu'aucun système ne définit qui sont les spécialistes en médecine traditionnelle. Dans d'autres pays — et c'est que nous avons essayé d'encourager les Premières nations et les Inuits du Canada à envisager — les personnes qui pratiquent la médecine traditionnelle se sont regroupées afin de reconnaître les fournisseurs officiels de ces services. Jusqu'à présent, nous n'y sommes pas arrivés. Cela soulève des problèmes en matière de responsabilité; si nous payons pour quelque chose, nous devons savoir de quoi il s'agit²⁷².

Le Comité est conscient des progrès réalisés depuis quelques dizaines d'années dans le domaine des ressources humaines en santé autochtone. Il connaît les efforts du Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits et de la Fondation nationale des réalisations autochtones. Il reconnaît que l'annonce du versement de 100 millions de dollars à l'Initiative relative aux ressources humaines en santé qui a fait suite à la réunion spéciale du premier ministre, des premiers ministres et des chefs autochtones en septembre 2004 constitue un pas dans la bonne voie.

Le Comité estime cependant qu'il faut s'efforcer tout particulièrement d'accroître le nombre d'Autochtones qui poursuivent des carrières dans le domaine des soins de la santé, en particulier de la santé mentale. Il faut de toute urgence mettre en place des approches qui tiennent compte de la culture de manière à pouvoir former et conserver des psychiatres, des

²⁷⁰ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁷¹ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁷² 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

psychologues, des infirmiers en santé mentale, des travailleurs sociaux autochtones, entre autres professionnels de la santé.

Le Comité recommande :

98 **Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les universités et collèges à l'établissement de cibles claires concernant les ressources autochtones en santé humaine.**

Que le gouvernement du Canada finance des mesures visant à faciliter spécifiquement l'inscription des Autochtones à des programmes d'études menant à une carrière dans le secteur de la santé mentale.

Que le gouvernement du Canada accroisse son appui financier et social aux étudiants autochtones qui poursuivent ce type d'études.

14.8.3 Prévention du suicide

Au Canada, le taux de suicide est beaucoup plus important chez les Autochtones que pour l'ensemble de la population. En 1995, la Commission royale sur les peuples autochtones a estimé que ce taux était en moyenne trois fois plus haut chez les Autochtones, quelque soit leur groupe d'âge, que dans la population non autochtone. Pour les Indiens inscrits, il était de 3,3 fois supérieur à la moyenne nationale et pour les Inuits, de 3,9 fois. Chez les Autochtones ayant entre 10 et 19 ans, ce taux était de cinq à six fois plus élevé que chez leurs pairs non autochtones²⁷³.

Dans les régions inuites, les taux de suicide sont de 11 fois supérieurs à la moyenne nationale.

On estime essentiel, aux fins du dépistage précoce et de l'intervention efficace, d'assurer une surveillance, de réunir des données puis de les analyser, d'appliquer ses connaissances et de diffuser une information exacte.

La prévention du suicide chez les jeunes est perçue comme un domaine dans lequel il faut agir de toute urgence.

D'après certains témoins, ces statistiques ne donnent pas une idée exacte de la situation, car bien des cas ne sont pas déclarés. Pour Debbie Dedam-Montour, les statistiques ne tiennent pas compte en général des tentatives de suicide déclarées comme des morts accidentelles ni les tentatives n'ayant pas abouti. Des témoins ont affirmé que les taux de suicide signalés étaient beaucoup plus élevés en 2005. Larry Gordon a notamment mentionné que, dans les régions inuites, les taux de suicide sont de 11 fois supérieurs à la moyenne nationale²⁷⁴. James Morris, porte-parole des 32 Premières

²⁷³ Commission royale sur les peuples autochtones, « Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones » (1995)

²⁷⁴ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

nations isolées desservies par l'Autorité sanitaire des Premières nations de Sioux Lookout dans le nord de l'Ontario, a signalé l'extrême fréquence des suicides dans sa région.

Le taux national de suicide chez les jeunes au Canada est de 0 à 14,9 par 100 000 habitants. Dans certaines de nos collectivités, c'est 42,5 par 100 000 habitants. Le taux de suicide est de 398 par 100 000 habitants dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans. La moyenne nationale est de 12,9 par 100 000 habitants²⁷⁵.

Pour tous les groupes, on estime essentiel, aux fins du dépistage précoce et de l'intervention efficace, d'assurer une surveillance, de réunir des données puis de les analyser, d'appliquer ses connaissances et de diffuser une information exacte. Onalee Randell a expliqué :

Le manque de données spécifiques aux Inuits les empêche de travailler ensemble dans toutes les régions du Canada. Des données sur la fréquence des suicides au niveau des collectivités sont fournies par des conseils régionaux. Il n'existe pas de système national d'enregistrement des suicides chez les Inuits. Les renseignements proviennent des collectivités. Les niveaux de données sur le taux de tentatives ou le taux de maladie mentale sont différents²⁷⁶.

La prévention du suicide chez les jeunes est perçue comme un domaine dans lequel il faut agir de toute urgence. Pour Jason Whitford :

Par ailleurs, parmi les 300 personnes environ que nous avons rencontrées pour parler de prévention du suicide, environ 95 p. 100 avaient été directement touchées dans leur famille ou parmi leurs amis.

Par contre, dans la société en général, c'est le contraire. Le suicide touche probablement 10 p. 100 de la population générale par la perte d'un membre de la famille ou d'un ami proche²⁷⁷.

Bien des facteurs contribuent au suicide. Selon le rapport de 1995 de la Commission royale sur les peuples autochtones, les principaux facteurs de risque de suicide chez les peuples autochtones sont le contexte situationnel, les facteurs socio-économiques et

La majorité des témoins ont expliqué que le suicide était l'aboutissement d'une série de problèmes tout à fait fondamentaux, qui s'inscrivent tous dans un large éventail de déterminants de la santé.

²⁷⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁷⁶ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁷⁷ 31 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

les tensions d'ordre culturel. La présence de maladies mentales liées à des facteurs psychobiologiques, comme l'anxiété et la schizophrénie, est moins documentée chez les autochtones que dans d'autres groupes²⁷⁸. Arnold Devlin a répété ce point :

Je ne pense pas que le problème du suicide chez les Premières nations puisse être attribué uniquement à la maladie mentale. Je crois que la dépression et l'abus d'alcool ou de drogues font partie des causes, mais il y a également d'autres facteurs qui contribuent au sentiment de désespoir, qui lui, mène au suicide.

L'enfant de 10 ans ou le jeune de 14 ans qui se suicide ne souffre pas d'une maladie mentale. Il a plutôt baissé les bras. Si nous examinons le problème uniquement sous l'angle de la maladie mentale, on perd de vue les autres causes de nature historique²⁷⁹.

La majorité des témoins ont expliqué que le suicide était l'aboutissement d'une série de problèmes tout à fait fondamentaux, qui s'inscrivent tous dans un large éventail de déterminants de la santé. Ils ont précisé qu'il faudrait consacrer les ressources à un stade précoce afin de prévenir ou d'atténuer les problèmes qui contribuent à ces forts taux de suicide dans les collectivités autochtones. Ron Evans, chef de la nation crie de Norway House, a dit avec insistance :

On a abordé la nécessité d'intégrer les programmes et services de santé mentale et physique et, ainsi, de moins cloisonner les services et morceler les enjeux.

Nous ne voulons pas faire la liste de tous les malheurs qu'ont connus nos peuples. Nous voulons que vous sachiez que nos peuples continuent à souffrir de ce mal que nos anciens et nos guérisseurs imputent à des traumatismes non résolus et transmis de génération en génération. Certains voient dans cette situation une sorte de traumatisme historique ou de deuil collectif qui se manifeste par la fréquence disproportionnée de cas d'alcoolisme, de toxicomanie, de dépendance au jeu et d'autres formes d'accoutumance, ainsi que dans des taux élevés de suicide, en particulier chez les jeunes²⁸⁰.

James Morris, directeur exécutif, Nodin Counselling Services, a fait observer à propos de certaines causes du suicide :

L'oppression et la colonisation, qui remontent à une centaine d'années, font partie de ces causes. Quiconque n'a pas vécu la colonisation ou

²⁷⁸ Commission royale sur les peuples autochtones (1995), « Choisir la vie : un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones ».

²⁷⁹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁸⁰ 31 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

l'oppression ne peut comprendre le problème. Nous, nous le comprenons, car nous les avons vécues.

Les pensionnats constituent aussi une partie du problème. De même, si vous n'avez pas été une victime des pensionnats, vous ne pouvez pas comprendre parce que vous ne connaissez pas le sentiment. C'est comme dans les cas du racisme. Le racisme est partout, mais si vous n'en avez jamais été victime, vous ne savez pas ce que c'est. Si cela ne vous concerne pas, vous n'êtes pas affecté et vous ne réagissez pas. Lorsque vous êtes témoin de racisme, vous ne faites rien parce que cela ne vous touche pas. Nous, nous sommes confrontés au racisme tous les jours, partout. C'est une réalité²⁸¹.

On a abordé la nécessité d'intégrer les programmes et services de santé mentale et physique et, ainsi, de moins cloisonner les services et morceler les enjeux. Sheila Levy a souligné que le suicide ne peut être distingué d'autres problèmes.

Le Comité est extrêmement préoccupé par les forts taux de suicide chez les peuples autochtones.

On a tendance à voir le suicide, la violence, les toxicomanies, les abus et la santé mentale comme des problèmes distincts les uns des autres. Les enveloppes budgétaires distinctes sont attribuées à chacun d'eux, alors que nous devrions d'abord régler les éléments communs sous-jacents de ces enjeux²⁸².

Onalee Randell s'est dite en faveur d'une plus grande intégration des programmes au niveau communautaire de manière à obtenir de meilleurs résultats :

Le Comité désire que soient prises des mesures concrètes afin de réduire l'effrayant taux de suicide des enfants et des adolescents autochtones.

Les toxicomanes qui vont suivre des traitements reviennent dans leurs collectivités sans que les services de santé ou les services sociaux aient été avisés ni de leur retour ni du suivi des résultats de leur traitement. Les enfants et les jeunes qui ont tenté de se suicider sont envoyés à l'extérieur de leurs collectivités pour recevoir des soins et reviennent sans suivi et, dans certains cas, sans que les infirmières des centres de santé qui les ont elles-mêmes envoyés soient tenus informées du retour de ces jeunes²⁸³.

Le Comité est extrêmement préoccupé par les forts taux de suicide chez les peuples autochtones. Cela fait plus de dix ans déjà que la Commission royale sur les peuples

²⁸¹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁸² 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁸³ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

autochtones a signalé ce phénomène et ses effets dévastateurs sur les collectivités autochtones. Loin de s'améliorer, la situation s'est en fait dégradée, au dire des témoins.

Le Comité fait observer qu'à partir de 2005 Santé Canada devrait accorder 65 millions de dollars sur cinq ans à une nouvelle Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones; le ministère y versera 15 millions de dollars par an entre la deuxième et la cinquième année. Des fonds sont destinés aux Premières nations vivant dans des réserves et aux Inuits afin d'appuyer les collectivités menacées, par le biais de mécanismes de stabilisation et d'intervention en cas de crise. Certains fonds supplémentaires aux fins de recherche seront consacrés aux jeunes autochtones hors des réserves.

Le Comité estime que la Commission canadienne de la santé mentale proposée aura un rôle à jouer dans l'élaboration de protocoles et de normes cohérentes, dans la compréhension des facteurs de risque et dans l'organisation d'un programme national de recherche sur le suicide. Mais, surtout, il désire que soient prises des mesures concrètes afin de réduire l'effrayant taux de suicide des enfants et des adolescents autochtones. Il juge que c'est la Commission canadienne de la santé mentale qui serait la mieux à même de s'acquitter de cette entreprise, en étroite collaboration avec d'autres organismes, comme les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Conscient du besoin criant de mesures immédiates qui soient adaptées à la culture des intéressés, le Comité recommande :

- | | |
|-----------|---|
| 99 | <p>Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des mesures visant à réduire les taux de suicide alarmants chez les peuples autochtones.</p> <p>Que l'établissement de ces mesures fasse partie de son action prioritaire en matière de stratégie de guérison et de bien-être pour les autochtones.</p> <p>Que le gouvernement du Canada mette sur pied un fonds conçu expressément pour lutter contre le suicide qui tienne compte des besoins distincts de chaque groupe d'Autochtones.</p> <p>Que ce fonds comprenne des affectations particulières pour que l'on puisse mettre en place toutes les mesures que la Commission canadienne de la santé mentale aura prévues, pour que les Instituts de recherche en santé du Canada puissent intensifier leurs recherches sur le sujet et pour que l'Institut canadien d'information sur la santé, en collaboration avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, puisse réunir des données précises sur la question.</p> |
|-----------|---|

14.8.4 Réduction de l'alcoolisme et de la toxicomanie

Les témoins ont expliqué les liens qui existent entre l'alcool et la toxicomanie et les autres problèmes sociaux. James Morris a répété que « tous ces problèmes sociaux, soit le suicide, l'abus sexuel, la violence familiale, l'abus d'alcool et de drogues, traduisent des problèmes plus profonds »²⁸⁴. Debbie Dedam-Montour a estimé quant à elle qu'« il y a cette vaste expression de « violence familiale », qui désigne la violence sexuelle, physique, émotionnelle et psychologique, et la négligence. Cette violence a eu un effet d'entraînement, parce qu'elle amène les victimes à s'automédicamentier par l'alcool ou par toutes sortes de substances nocives, et à séjourner dans des établissements correctionnels »²⁸⁵.

L'Assemblée des Premières nations estimait elle aussi nécessaire de mettre sur pied un financement approprié pour créer et gérer des installations de traitement régionales pour tous ceux qui abusent de solvants et les toxicomanes.

Les collectivités inuites ont besoin de programmes axés en particulier sur l'alcoolisme et la toxicomanie qui soient adaptés à la culture des intéressés et fassent appel à des modèles d'abstinence et de réduction des préjudices.

La corrélation entre alcoolisme, toxicomanie et suicide, entre autres problèmes sociaux, exige une approche concertée en matière d'hygiène publique.

L'Assemblée des Premières nations estimait elle aussi nécessaire de mettre sur pied un financement approprié pour créer et gérer des installations de traitement régionales pour tous ceux qui abusent de solvants et les toxicomanes. Valerie Gideon a expliqué les propositions au Comité :

*... le développement ou la création de nouveaux centres dont les traitements ne se limiteront pas à ceux de l'alcoolisme, par exemple, ou des drogues les plus populaires. Un tel mandat leur permettra d'étudier certaines nouvelles drogues, comme la méthamphétamine [en cristaux] par exemple, qui joue un rôle capital au plan de la santé mentale et des suicides dans nos collectivités*²⁸⁶.

Donna Lyon a signalé que Santé Canada ne finance pas suffisamment la lutte contre la toxicomanie :

Les listes d'attente pour le counselling sont longues et le financement pour le transport des patients est insuffisant. La plus grosse partie du

²⁸⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁸⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁸⁶ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*financement sert en priorité aux soins actifs et aux interventions d'urgence à court terme*²⁸⁷.

Les collectivités inuites ont besoin de programmes axés en particulier sur l'alcoolisme et la toxicomanie qui soient adaptés à la culture des intéressés et fassent appel à des modèles d'abstinence et de réduction des préjudices :

*Il faut augmenter le nombre de conseillers inuits en toxicomanie et en intervention précoce. Nous avons besoin de services pour assurer la post-cure et le suivi dans les collectivités. Les jeunes ne sont plus heureux de suivre un traitement de six mois dans un établissement et revenir à la maison pour retrouver la même situation; le même logement surpeuplé, les mêmes coûts élevés et aucun soutien.— Onalee Randell*²⁸⁸.

Le Comité est d'accord avec le message selon lequel la corrélation entre alcoolisme, toxicomanie et suicide, entre autres problèmes sociaux, exige une approche concertée en matière d'hygiène publique. Il est essentiel d'évaluer avec soin les meilleurs moyens d'obtenir des résultats concrets. Il est donc d'une extrême importance que la Commission canadienne de la santé mentale collabore très étroitement avec d'autres organismes comme les Instituts de recherche en santé du Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le Comité recommande :

- | | |
|-----|--|
| 100 | <p>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des mesures visant à réduire les taux alarmants d'alcoolisme et de toxicomanie chez les peuples autochtones.</p> <p>Que l'établissement de ces mesures fasse partie de son programme prioritaire visant une stratégie de guérison et de bien-être des Autochtones.</p> <p>Que le gouvernement du Canada établisse un fonds affecté exclusivement à la lutte contre les toxicomanies qui tienne compte des besoins distincts de chaque groupe d'Autochtones.</p> |
|-----|--|

²⁸⁷ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁸⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Que ce fonds comprenne des affectations particulières pour que l'on puisse mettre en place toutes les mesures que la Commission canadienne de la santé mentale aura prévues, pour que les Instituts de recherche en santé du Canada puissent intensifier leurs recherches sur le sujet et pour que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, puisse réunir des données précises sur la question.

14.9 ÉVALUER LES DONNÉES ET LE FINANCEMENT

Il est primordial pour qu'une stratégie réussisse que l'on dispose à la fois des fonds nécessaires et des données sur le déroulement du processus. L'argent ne suffira pas à redresser le piètre état de santé des peuples autochtones, bien qu'il faille indubitablement dépenser davantage dans ce domaine. Il est crucial de savoir exactement comment les deniers publics sont actuellement dépensés et les résultats que cela donne. Il faut par ailleurs adopter de nouvelles méthodes de collecte de données, à la fois pour améliorer les soins et pour documenter les nouvelles approches sur la façon de répartir au mieux les fonds pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

14.9.1 Des données élargies

Tout plan d'action ou stratégie efficace se fonde sur des données. Depuis 10 ans, de nombreux rapports — de ceux provenant de la Commission royale sur les peuples autochtones à ceux produits après la récente rencontre des premiers ministres et des chefs autochtones — prônent l'élaboration d'un cadre de collecte et de déclaration de renseignements comparables pour tous les groupes autochtones.

Bien que le gouvernement du Canada se soit engagé, dans le cadre de la Table ronde Canada-Peuples autochtones de 2004, à produire un rapport sur la situation des Autochtones, il n'existe aucune collecte régulière de données sur la fréquence des maladies mentales et des toxicomanies chez ces derniers. Des témoins ont reconnu que les ministères fédéraux ont de la difficulté à obtenir des données complètes sur la santé mentale de tous les peuples autochtones. Affaires indiennes et du Nord Canada et Santé Canada, ainsi que le Service correctionnel du Canada offrent des programmes et services particuliers aux Premières nations et aux Inuits, mais les analyses de données concernant ces groupes sont limitées.

Il n'existe aucune collecte régulière de données sur la fréquence des maladies mentales et des toxicomanies chez les Autochtones.

La plus importante source de données sur les personnes handicapées au Canada, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités EPLA, ne fournit aucun renseignement propre aux peuples autochtones.

Les témoins ont demandé que des données de référence soient constituées à partir desquelles il serait possible d'établir des cibles précises.

À Développement social Canada, la plus importante source de données sur les personnes handicapées au Canada, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités EPLA, ne fournit aucun renseignement propre aux peuples autochtones. Tout en laissant entendre que les taux d'incapacité — y compris sur le plan mental — pourraient être plus élevés chez les peuples autochtones que dans le reste de la population, Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées, a expliqué :

Toutefois, nous ne disposons pas de données précises. J'ai parlé de la taille de la population, mais cela ne se rapporte pas précisément au groupe démographique autochtone. Ce dernier n'a pas fait l'objet d'un suréchantillonnage, et nous n'avons donc pas de renseignements plus poussés sur les incidents qui y surviennent²⁸⁹.

Des témoins ont insisté sur la nécessité d'améliorer la qualité des données, pour que l'on puisse prendre des décisions informées en matière de bien-être. Ils ont demandé que des données de référence soient constituées à partir desquelles il serait possible d'établir des cibles précises. Ils ont demandé plus de reddition de comptes et de transparence de la part des pouvoirs publics, des prestataires de services et autres, de manière à ce que l'on puisse suivre et mesurer dans le temps les progrès vers les buts établis. Elsie Bastien a signalé que :

Les témoins ont insisté sur la nécessité d'établir des données propres à chaque groupe.

Nous devons développer de données de base sur l'utilisation des services et des programmes par les populations autochtones. Il est important d'élaborer des mécanismes permettant de recueillir et d'analyser de l'information longitudinale sur la santé des Autochtones. Une approche ciblée et centralisée permettra d'assurer la coordination, de favoriser la comparabilité et d'établir des liens entre la santé des Autochtones et les sources des données²⁹⁰.

Les témoins ont insisté sur la nécessité d'établir des données propres à chaque groupe. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations a été présentée comme un moyen de réunir de façon régulière des données sur la santé mentale et de suivre les progrès en matière d'égalité d'accès aux services de santé mentale dans les collectivités des Premières nations. Menée au Centre des Premières nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone, cette enquête régionale est

Le Comité estime que, faute d'un tableau clair, complet et exact de la situation dans laquelle se trouvent actuellement les populations indiennes, inuites et métisses, il sera extrêmement difficile de fixer des normes et des cibles et de prévoir les ressources nécessaires pour mettre sur pied des programmes et services qui amélioreront effectivement le bien-être général des peuples autochtones.

²⁸⁹ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁹⁰ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

axée sur la collectivité et constitue la seule enquête visant les réserves et réunissant des données directement auprès des peuples des Premières nations.

Il existe peu de données sur la santé mentale des Inuits et des Métis, et d'ailleurs aussi sur les autres dimensions de la santé de ces groupes. Il est très difficile de mesurer les progrès lorsque l'on manque de données ou que celles-ci sont insuffisantes.

Pour les Inuits plus précisément, nos données manquent ou sont mélangées avec les données concernant les autres peuples autochtones. Sans les bonnes statistiques sur la santé inuite, la conception et l'évaluation de programmes et services ne reposeront pas sur des données sûres. — Larry Gordon²⁹¹.

De façon générale, alors que nous recueillons des données et que nous constituons une base de données fondée sur l'expérience des Premières nations et des Inuits, nous accusons un retard pour ce qui est de la collecte de données essentielles de base sur les Métis. — Bernice Downey²⁹².

Un témoin a insisté sur la nécessité d'analyser soigneusement les données en tenant compte de facteurs comme la culture. Elsie Bastien a fait remarquer qu'une évaluation de la prestation de services peut être jugée comme piètre si la théorie de départ est imparfaite :

Une erreur ou un résultat médiocre indique que les données sont incomplètes ou que l'hypothèse est inadéquate, ce qui a empêché l'atteinte d'un certain objectif ou la concrétisation d'une intention. Il est essentiel que des indicateurs de programme adaptés aux réalités culturelles fassent partie de l'analyse du milieu proposée.

Pour obtenir une idée exacte de la situation, il ne faut pas utiliser les données provenant d'un modèle médical occidental, ce qui est la pratique

Le Comité ne comprend pas comment les ministères fédéraux, conscients de l'effroyable état de santé des peuples autochtones et du fait que ce segment de la population est considéré de façon universelle comme menacé, peuvent ne pas avoir réuni, ni appuyé la collecte par d'autres organismes, des données nécessaires pour élaborer une stratégie propre d'abord à régler véritablement le problème, puis à mesurer les progrès vers l'atteinte des résultats.

²⁹¹ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁹² 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*actuelle, mais des données provenant d'une perspective autochtone sur la santé et le bien-être*²⁹³.

Le Comité estime que, faute d'un tableau clair, complet et exact de la situation dans laquelle se trouvent actuellement les populations indiennes, inuites et métisses, il sera extrêmement difficile de fixer des normes et des cibles et de prévoir les ressources nécessaires pour mettre sur pied des programmes et services qui amélioreront effectivement le bien-être général des peuples autochtones. Il reconnaît tout particulièrement qu'il est important de réunir des données qui fourniront une base de référence à partir de laquelle il sera possible de suivre dans le temps les nouveaux investissements et de mesurer les résultats des nouveaux programmes et services.

Le Comité ne comprend pas comment les ministères fédéraux, conscients de l'effroyable état de santé des peuples autochtones et du fait que ce segment de la population est considéré de façon universelle comme menacé, peuvent ne pas avoir réuni, ni appuyé la collecte par d'autres organismes, des données nécessaires pour élaborer une stratégie propre d'abord à régler véritablement le problème, puis à mesurer les progrès vers l'atteinte des résultats.

Le Comité recommande donc :

- | | |
|-----|--|
| 101 | <p>Que le gouvernement du Canada travaille avec l'Organisation nationale de la santé autochtone à l'évaluation de la pertinence de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations, comme modèle de collecte de données sur d'autres peuples autochtones.</p> <p>Que l'Institut canadien d'information sur la santé soit encouragé à fournir une analyse des déterminants de la santé pour chacun des peuples autochtones</p> <p>Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour que l'on comprenne mieux les causes et l'incidence des maladies mentales.</p> |
|-----|--|

14.9.2 Remanier le financement

Des témoins ont répété à maintes reprises qu'un financement suffisant, souple et permanent est la clé du développement du potentiel des Autochtones. Il faut notamment un financement durable pluriannuel; en effet, dans la pratique, des collectivités ont consacré des ressources à l'établissement d'un

Il faut un financement durable pluriannuel; en effet, dans la pratique, des collectivités ont consacré des ressources à l'établissement d'un programme pour découvrir que le financement n'était offert que pendant une année ou deux.

²⁹³ 9 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/21evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

programme pour découvrir que le financement n'était offert que pendant une année ou deux. Onalee Randell a expliqué :

Le financement incertain à court terme crée rend extrêmement difficile la prestation de programmes de santé mentale...le financement pluriannuel flexible est nécessaire. Il est difficile pour les petites collectivités d'élaborer des programmes sans savoir si ces programmes seront financés l'année suivante²⁹⁴.

Valerie Gideon a appelé à une transformation des structures de financement et de présentation de rapports :

... pour aider au lieu d'empêcher la mise en oeuvre par les collectivités d'approches holistiques à la santé mentale. Les dispositions en matière de financement pluriannuel flexible et les rapports fondés sur des résultats et non sur des données administratives sont des exemples de cette transformation²⁹⁵.

Irene Linklater a noté que des modèles intégrés de financement entre organismes fédéraux sont mis en place et appuient des programmes généraux dotés de rigoureuses exigences en matière de reddition de comptes et de financement soutenu à long terme :

...il existe un nouveau modèle de contribution entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et Affaires indiennes et du Nord Canada qui touche au financement global et aux ententes pluriannuelles. Ce processus nous encourage²⁹⁶.

La vérificatrice générale du Canada a critiqué les exigences en matière de rapport fixées par le gouvernement fédéral, estimant que celles-ci « représentent un lourd fardeau pour les Premières nations, surtout pour les collectivités qui comptent moins de 500 résidents. Selon nos estimations, les quatre organismes fédéraux qui fournissent la majorité du financement pour les grands programmes fédéraux exigent au moins 168 rapports »²⁹⁷.

Il faut des formules de financement axées sur les besoins qui assurent un financement stable et prévisible de manière à faciliter la planification financière.

Il faut des formules de financement axées sur les besoins qui assurent un financement stable et prévisible de manière à faciliter la planification financière. Valerie Gideon a déclaré

²⁹⁴ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁹⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47

²⁹⁶ 1^{er} juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁹⁷ Vérificatrice générale du Canada (décembre 2002), « Repenser les rapports soumis par les Premières nations aux organismes fédéraux », <http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rappports.nsf/html/20021201cf.html>.

appuyer la tendance à un financement de la santé des Premières nations plus ciblé et fusionné et à un financement de base ainsi que le projet d'élaborer un « réseau de centres et de pavillons de ressourcement relevant de la responsabilité des Premières nations afin d'établir des passerelles entre les différentes administrations et les ministères individuels, de sorte que les ressources consacrées aux programmes de santé et sociaux puissent être regroupées ». Elle a affirmé que ce financement serait le plus efficace s'il s'accompagnait :

*... [d'] une augmentation du transfert du financement aux collectivités des Premières nations pour développer et entretenir leurs propres établissements de santé et les services en santé mentale au moyen de liens stratégiques établis avec les compétences provinciales et territoriales*²⁹⁸.

Plusieurs témoins ont contesté la façon dont les fonds étaient affectés à la santé mentale de manière générale. Donna Lyon a remis en question l'importance attachée actuellement à l'abordabilité plutôt qu'aux besoins, alors que les besoins en services de santé mentale sont criants²⁹⁹.

Selon Ron Evans, le financement peut favoriser le bien-être. Il a lié les recherches menées par l'Université Harvard sur le développement socio-économique et en Colombie-Britannique sur la prévention du suicide chez les Premières nations de manière à démontrer la corrélation entre la stabilité économique et culturelle dans les collectivités :

*La recherche de Harvard sur les tribus autochtones américaines a révélé, après plusieurs années de travail sur place dans les Premières nations des États-Unis et du Canada, que le succès des entreprises dans les Premières nations au Canada et dans des tribus aux États-Unis dépendait de quelques facteurs tels que la stabilité du gouvernement et de la réglementation, d'un financement approprié et, surtout, d'une adaptation culturelle de l'entreprise à la collectivité. De même, l'étude que Chandler et Lalonde ont consacrée sur une période de 14 ans à la continuité culturelle en tant qu'agent protecteur contre le suicide a constaté que les Premières nations qui exercent un contrôle sur des fonctions essentiellement gouvernementales telles que l'éducation, la santé, les services communautaires, qui ont œuvré pour résoudre les revendications territoriales et qui pratiquent activement leurs traditions culturelles, connaissent un taux de suicide nul ou très bas*³⁰⁰.

²⁹⁸ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

²⁹⁹ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/27eva-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁰⁰ 31 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/16evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

14.9.3 Financement destiné aux jeunes

Irene Linklater était l'une des quelques témoins qui a évoqué l'absence de financement expressément prévu pour les jeunes et les problèmes créés par les retards dans le financement de programmes. À propos de l'importance des conseils qui représentent les jeunes dans les collectivités, elle a affirmé :

Parmi les problèmes auxquels ils font face, mentionnons les difficultés d'accès au financement. Il n'y a pas vraiment de fonds alloués spécifiquement à des activités visant à mobiliser les jeunes à l'échelle communautaire, par exemple dans le cadre de stratégies de la prévention du suicide chez les jeunes.

Ici même, au Manitoba, nous avons des fonds offerts aux jeunes par l'entremise de l'Assemblée des Chefs du Manitoba, mais nous devons nous battre chaque année pour obtenir ce financement. Il arrive parfois que nous le recevions seulement en octobre³⁰¹.

Jason Whitford, coordonnateur, Conseil de la jeunesse, Assemblée des chefs du Manitoba, a reconnu qu'il ne faut pas forcément beaucoup d'argent pour mener des projets constructifs dans une collectivité, mais que toute interruption du financement complique le fonctionnement des projets. Même la Keewatin Winnipeg Youth Initiative, reconnue comme un projet exemplaire et financée par l'Initiative des centres urbains polyvalents pour les jeunes autochtones de Patrimoine canadien, a connu des problèmes de financement :

Nous nous attendons cette année encore à recevoir du financement. Nous perdrons probablement cinq mois de l'année. Cependant, d'après notre expérience, nous avons l'intention de continuer à dispenser les programmes et services aux jeunes Autochtones en milieu urbain et de convaincre la direction de l'ACM de nous appuyer dans la mise en œuvre du projet³⁰².

Pour les Inuits aussi, le financement n'est pas régulier, bien que la présence et la participation des jeunes soient perçues comme cruciales pour le bien-être de la collectivité. Larry Gordon a montré comment le National Inuit Youth Council avait participé activement à l'établissement de modèles de rôles et à la prévention du suicide.

Le financement dont bénéficient les jeunes pour ces activités importantes est versé annuellement, sans garantie de reconduction, malgré les succès obtenus grâce au travail de sensibilisation des jeunes Inuits qui

³⁰¹ 1^{er} juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁰² 31 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

*constituent la population la plus vulnérable au suicide de tout le Canada*³⁰³.

Dans le cadre de l'entente conclue en septembre 2004 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur la santé, le gouvernement fédéral a annoncé un nouveau financement de 65 millions de dollars et portant sur cinq ans devant permettre de mettre sur pied une stratégie de prévention du suicide chez les jeunes autochtones. Ian Potter a noté tout particulièrement que :

*Ce projet sera réalisé avec la participation de l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami avec la collaboration d'autres organisations autochtones nationales, des provinces, des territoires et de certains ministères fédéraux. Cette stratégie vise à aider les collectivités à empêcher les tendances suicidaires de se développer chez les jeunes, à communiquer avec les jeunes qui sont susceptibles de se suicider et à prévenir les suicides en série après qu'un suicide se soit produit.*³⁰⁴.

Pour Arnold Devlin, il est cependant très préoccupant que le financement de programmes visant un problème aussi grave que le suicide cesse après cinq ans :

*L'un de nos plus grands soucis, c'est la viabilité du programme; il doit être appuyé par une planification à long terme, qui sera la clé du succès. Si nous pensons qu'il constitue toute la solution, il sera sans efficacité*³⁰⁵.

14.9.4 Recommandations

Le Comité estime comme allant de soi qu'il faille investir à long terme pour guérir les souffrances qu'ont subies les peuples autochtones. Depuis longtemps, les pouvoirs publics qui sont responsables du bien-être de ces derniers, notamment le gouvernement fédéral, manifestent en alternance indifférence et attention à leur endroit. Le Comité connaît les engagements pris en novembre 2005 dans le cadre du Plan directeur de la santé des Autochtones. Il sait toutefois aussi que les annonces antérieures comme celle de septembre 2004 visant à doter de 200 millions de dollars un fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones n'ont guère répondu aux besoins en la matière des peuples autochtones. Les discussions concernant la répartition de ces fonds se poursuivent toujours, quelque 14 mois plus tard. Pendant ce temps, les problèmes ne se règlent pas et ils s'aggravent probablement. Mais nous n'avons aucune donnée sur la question.

³⁰³ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁰⁴ Ian Potter, Sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, lettre au sénateur Michael Kirby, président, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, 7 février 2006, p.2.

³⁰⁵ 20 septembre 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/27evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Le Comité a pris bonne note des appels pressants à un financement pluriannuel et soutenu qui tienne compte de l'ampleur des problèmes que connaissent les peuples autochtones. Il a déjà recommandé que la Commission canadienne de la santé mentale proposée, en consultation avec son Comité consultatif des Autochtones, établisse des calendriers et des niveaux de financement en vue de la mise en place de programmes de bien-être et de guérison. Il appelle à une application rapide de cette stratégie globale et de ce plan d'action.

Le Comité a déjà recommandé la création d'un comité interministériel qui devra présenter un rapport bisannuel au Parlement, où il précisera les programmes et services fédéraux en cours et les fonds qui y sont consacrés. Il a aussi recommandé que le gouvernement fédéral identifie, en collaboration avec les peuples autochtones, les programmes et services nécessaires et les critères d'évaluation et de surveillance pertinents.

Le Comité recommande également :

- | | |
|-----|---|
| 102 | <p>Que le gouvernement du Canada analyse immédiatement le niveau actuel du financement fédéral consacré aux peuples autochtones.</p> <p>Que ces analyses portent sur le financement nécessaire pour changer les principaux déterminants de la santé des peuples autochtones.</p> <p>Que ces analyses comprennent des évaluations à court, à moyen et à long terme des besoins de financement.</p> <p>Que le premier rapport que le Comité interministériel soumettra au Parlement (voir section 14.6.3) présente les résultats de ces analyses.</p> |
|-----|---|

14.10 CONCLUSION

Dans un pays fier de la multitude de possibilités qui s'offrent à la plupart de ses citoyens et de la richesse de ses ressources humaines et naturelles, les difficultés qui sont le lot quotidien des peuples autochtones sont une honte nationale. Il y a pourtant raison d'espérer. Le Comité a appris que les peuples autochtones connaissent une détresse mentale extrême, mais qu'ils affichent peu de troubles mentaux. Il est donc fort probable que l'on puisse remédier à bon nombre des problèmes que ces peuples connaissent actuellement, que ce soit le suicide ou la toxicomanie lié au désespoir. Les peuples autochtones présentent un potentiel humain énorme, en raison surtout de leur jeunesse.

Dans un pays fier de la multitude de possibilités qui s'offrent à la plupart de ses citoyens et de la richesse de ses ressources humaines et naturelles, les difficultés qui sont le lot quotidien des peuples autochtones sont une honte nationale.

Les peuples autochtones présentent un potentiel humain énorme, en raison surtout de leur jeunesse.

Le Comité a été encouragé par des témoignages répétés selon lesquels il est possible d'éviter la détresse mentale des peuples autochtones et d'atténuer les effets de décennies de traitement morcelé et souvent négatif. Il convient que les efforts des pouvoirs publics, des

collectivités et des particuliers peuvent avoir des effets constructifs sur le bien-être, surtout celui découlant d'une bonne santé sur le plan mental.

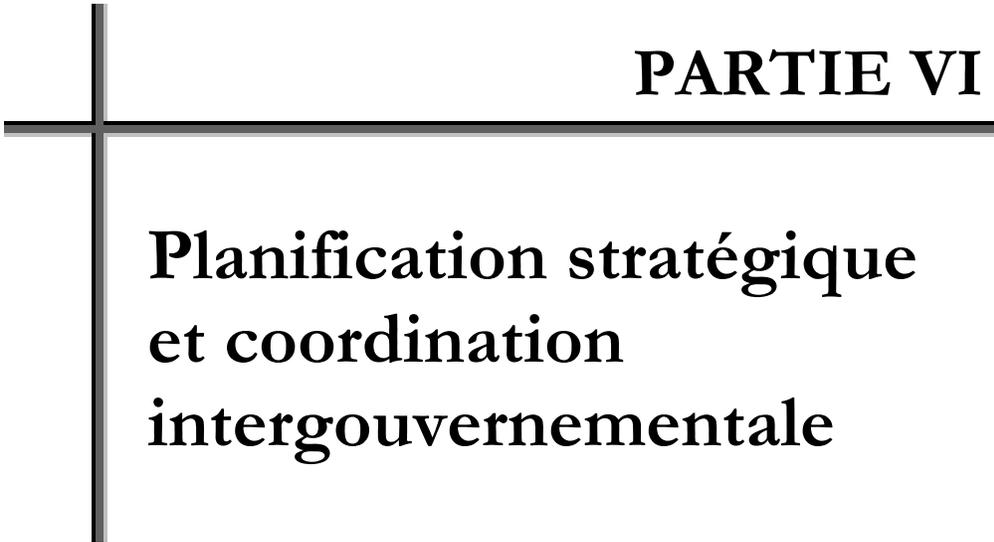
Le Comité est d'avis que l'Initiative sur la santé de la population canadienne, mise sur pied il y a quelque temps déjà, est très prometteuse et permet d'espérer de fortes améliorations de l'état de santé physique et mentale des peuples autochtones, à la faveur essentiellement de transformations concrètes de leurs conditions de vie sociales et matérielles. Des interventions dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'emploi et de l'appui à la collectivité peuvent produire des avantages à long terme importants pour les peuples autochtones.

Le Comité est d'avis que l'Initiative sur la santé de la population canadienne, mise sur pied il y a quelque temps déjà, est très prometteuse et permet d'espérer de fortes améliorations de l'état de santé physique et mentale des peuples autochtones, à la faveur essentiellement de transformations concrètes de leurs conditions de vie sociales et matérielles. Des interventions dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'emploi et de l'appui à la collectivité peuvent produire des avantages à long terme importants pour les peuples autochtones.

Le Comité est au courant de nombreuses mesures prises par les collectivités autochtones d'un peu partout au pays en vue de changer leur situation sociale et matérielle. Il reconnaît également la collaboration qui se maintient entre tous les groupes — Premières nations, Métis, et Inuits. Le Comité félicite tous les participants à ces entreprises conjointes.

Le Comité croit fermement en la mise sur pied d'une stratégie nationale qui soit holistique, adaptée à la culture, fondée sur la collectivité, équitable pour l'ensemble des peuples autochtones et appuyée par un financement soutenu. Il appelle à la préparation d'un plan d'action fondé sur les déterminants de la santé, qui comprenne des buts et des calendriers précis de manière à en arriver à des avantages mesurables et qui encourage la collaboration entre toutes les parties de manière à atteindre ces objectifs.

Le Comité appuie la conclusion d'ententes de financement pluriannuelles stables et plus vastes qui assureront un soutien à long terme aux objectifs sur longue durée d'une population qui connaît des problèmes graves mais évitables. Il sait que l'ensemble des Canadiens souhaite que l'on avance dans cette voie et que l'on améliore le bien-être global des peuples autochtones.



PARTIE VI

Planification stratégique et coordination intergouvernementale

CHAPITRE 15: PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DE LA MALADIE MENTALE

15.1 INTRODUCTION

J'ai reçu une formation d'infirmière fondée sur un modèle médical... Beaucoup trop d'entre nous passent la plus grande part de leur temps à l'extrémité d'un cours d'eau très rapide au fond duquel d'innombrables personnes sont en train de se noyer. Nous essayons constamment de les sortir de l'eau et de les empêcher de se noyer, au lieu d'aller en amont pour déterminer ce qui les incite au départ à se jeter à l'eau. —Cheryl Van Daalen

L'essentiel du présent rapport est consacré aux services offerts aux personnes ayant une maladie mentale. Mais qu'en est-il des efforts déployés pour prévenir la maladie mentale?

La promotion de la santé mentale met l'accent sur un état mental positif, par opposition à la maladie mentale.

Au cours de ses audiences, le Comité a entendu un certain nombre de témoins qui ont préconisé de plus grands efforts de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale, de façon à s'attaquer aux facteurs susceptibles de provoquer de la maladie mentale. En adoptant ces deux approches, on pourrait réduire aussi bien l'incidence que la gravité de la maladie mentale dans la population.

La prévention des troubles mentaux est une approche connexe qui s'attaque aux facteurs de risque associés à la maladie mentale.

La promotion de la santé mentale est axée sur les fondements d'une bonne santé mentale. D'une façon générale, elle met l'accent sur un état mental positif, par opposition à la maladie mentale. Elle vise les déterminants de la santé mentale, c'est-à-dire les nombreux facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui contribueraient à la santé mentale ainsi qu'à la santé et au bien-être généraux de la population. Ces facteurs comprennent le revenu, une enfance saine, le statut social et l'éducation.

La prévention de la maladie mentale est une approche connexe qui s'attaque aux facteurs de risque associés à la maladie mentale, comme les toxicomanies, les maladies mentales dans la famille, les sévices et la négligence subis dans l'enfance, de même qu'aux facteurs de protection associés à une bonne santé mentale, comme l'estime de soi, le soutien social et un bon départ dans la vie.

Même s'il y a de bons arguments en faveur de ces deux approches, il est nécessaire d'obtenir d'autres preuves établissant des liens concrets entre les différents facteurs en cause et une bonne santé mentale. Les facteurs en jeu étant très nombreux, il est difficile de cerner l'incidence de chacun. Beaucoup d'entre eux sont extérieurs aux domaines de la santé et des soins médicaux, ce qui représente une complication de plus pour les chercheurs. Des travaux

sont en cours pour consolider les preuves déjà recueillies, mais il reste encore beaucoup à faire.

Nous présentons dans ce chapitre un aperçu des principes directeurs et des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale, y compris le besoin de preuves plus nombreuses et plus solides et la nécessité d'autres recherches. Nous passons en revue le rôle du gouvernement fédéral et formulons des recommandations en vue de l'amélioration de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles, surtout en ce qui concerne la prévention du suicide.

15.2 PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE : LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE

Le concept central de la promotion de la santé est que la santé dépend de nombreux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques liés entre eux et susceptibles d'être influencés par des interventions individuelles et collectives. La promotion de la santé mentale se fonde sur le même concept. La santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladie mentale, il s'agit plutôt « d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté³⁰⁶ ».

Le concept central de la promotion de la santé est que la santé dépend de nombreux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques liés entre eux et susceptibles d'être influencés par des interventions individuelles et collectives.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les déterminants de la santé sont « les facteurs qui peuvent renforcer ou menacer l'état de santé d'une personne ou d'une collectivité ». Il peut s'agir de choix individuels ou de facteurs sociaux, économiques et environnementaux indépendants de la volonté des personnes en cause. Les déterminants de la santé que reconnaissent Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada sont les suivants :

- Niveau de revenu et statut social
- Réseaux de soutien social
- Éducation
- Emploi et conditions de travail
- Environnements sociaux
- Environnements physiques
- Habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelle

L'approche de promotion de la santé vise à améliorer la santé de la population en s'attaquant aux déterminants de la santé susceptibles de changement, et en reconnaissant que cette façon d'agir prend beaucoup de temps et n'aboutit à des résultats que dans un avenir plus lointain que l'horizon habituel des politiciens ou même des chercheurs.

³⁰⁶ Organisation mondiale de la santé, novembre 2001, « Santé mentale : Renforcement de la promotion de la santé mentale », aide-mémoire n° 220, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/index.html>.

- Développement dans la petite enfance
- Patrimoine biologique et génétique
- Services de santé
- Sexe
- Culture³⁰⁷

Au cours de la deuxième consultation en ligne organisée par le Comité, près des trois-quarts des participants (72 p. 100) ont dit croire que pour améliorer la santé mentale des Canadiens, il faut commencer par s'attaquer aux causes réelles de la plupart des troubles mentaux et des toxicomanies, y compris la pauvreté, le logement et d'autres conditions sociales.

L'approche de promotion de la santé vise à améliorer la santé de la population en s'attaquant aux déterminants de la santé susceptibles de changement, et en reconnaissant que cette façon d'agir prend beaucoup de temps et n'aboutit à des résultats que dans un avenir plus lointain que l'horizon habituel des politiciens ou même des chercheurs. La communauté internationale a approuvé les stratégies fondamentales de promotion de la santé en 1986, à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ces stratégies figurent dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* :

- Élaborer une politique publique saine
- Créer des milieux favorables
- Renforcer l'action communautaire
- Acquérir des aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé³⁰⁸.

En août 2005, la sixième Conférence mondiale pour la promotion de la santé a réitéré ces principes dans la *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Cette charte préconise une action politique destinée à mettre en œuvre les stratégies de promotion de la santé³⁰⁹.

Sur la base de ces cadres et lignes directrices adoptés à l'échelle internationale pour la promotion générale de la santé, des cadres comparables ont été élaborés pour la promotion

³⁰⁷ Agence de santé publique du Canada, mars 2004, « Qu'est-ce qui détermine la santé? », <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html>.

³⁰⁸ Agence de santé publique du Canada, novembre 1986, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé », <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/chartre/index.html>.

³⁰⁹ Organisation mondiale de la santé, août 2005, La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html.

de la santé mentale. En 2004, l'OMS a résumé ainsi la façon actuelle d'envisager la promotion de la santé mentale :

1. La promotion de la santé mentale peut être réalisée grâce à des interventions sociales et de santé publique efficaces. Les données scientifiques réunies jusqu'ici dans ce domaine sont relativement limitées, mais les indices recueillis à différents niveaux démontrent l'efficacité de plusieurs programmes et interventions visant à améliorer la santé mentale des populations.
2. La collaboration intersectorielle est essentielle à l'établissement de programmes efficaces de promotion de la santé mentale. Pour certains programmes conjoints, les résultats obtenus sur le plan de la santé mentale constituent les principaux objectifs. Toutefois, la majorité de ceux-ci peuvent être secondaires par rapport à d'autres résultats sociaux et économiques, même s'ils sont précieux en eux-mêmes.
3. La durabilité des programmes joue un rôle fondamental dans leur efficacité. La participation de tous les intervenants, l'adoption du programme par la collectivité et l'affectation continue de ressources favorisent la durabilité des programmes de promotion de la santé mentale.
4. Il faudra plus de recherche scientifique et d'évaluation systématique des programmes pour enrichir les données recueillies et en définir le champ d'application dans des milieux culturels et économiques extrêmement variés³¹⁰.

Le Comité avait formulé certaines observations sur la promotion de la santé dans ses rapports antérieurs sur le système de santé. Dans le volume cinq de *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral*, le Comité a dit « qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie

Les stratégies générales d'amélioration de la santé de la population doivent avoir « une portée nationale à long terme » et se fonder « sur des efforts multisectoriels de la part de tous les secteurs de compétence ».

et la santé publique peut être extrêmement profitable ». Notant que les stratégies générales d'amélioration de la santé de la population doivent avoir « une portée nationale à long terme » et se fonder « sur des efforts multisectoriels de la part de tous les secteurs de compétence », le Comité a souligné que le gouvernement fédéral devrait continuer à manifester du leadership et à consacrer plus de ressources à ces stratégies. Le Comité a également reconnu que les stratégies d'amélioration de la santé de la population doivent être

³¹⁰ Organisation mondiale de la santé, 2004, "Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report", p. 59, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591595.pdf>.

adaptées aux conditions locales et que les collectivités doivent participer à leur conception et à leur mise en œuvre³¹¹.

Il y a des preuves de l'existence de liens entre les déterminants de la santé et l'état de santé de la population canadienne. Dans le volume six de *La santé des Canadiens*, le Comité a préconisé la poursuite des recherches dans ce domaine, mais a noté qu'il est difficile d'établir des relations directes de cause à effet :

Tout d'abord, en raison de la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé, il est extrêmement difficile d'associer causes et effets, d'autant plus que les effets d'une intervention donnée ne deviennent souvent visibles qu'au bout de nombreuses années. Comme les horizons politiques sont habituellement plus courts, la longue période nécessaire à l'observation des conséquences d'une politique dans ce domaine peut décourager sérieusement l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies axées sur la santé de la population.

Par ailleurs, il est très difficile de coordonner les activités gouvernementales de façon à tenir compte de la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé. En fait, la structure de la plupart des gouvernements ne se prête pas facilement à une responsabilité interministérielle face à des problèmes complexes. La difficulté s'aggrave lorsque plusieurs ordres de gouvernement et de nombreux intervenants non gouvernementaux sont en jeu, comme ce doit être le cas si l'on veut que les stratégies relatives à la santé de la population soient vraiment efficaces.

L'élaboration d'une approche axée sur la santé de la population comporte certes de nombreuses embûches mais, selon le Comité, il est important que le Canada s'efforce de donner l'exemple en explorant des façons pratiques et novatrices d'appliquer une théorie sensée afin d'aider à améliorer la santé de la population³¹².

Dans son étude de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, le Comité a déjà souligné antérieurement l'importance critique de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination³¹³. Il a noté que pour atténuer la stigmatisation et combattre la discrimination, « il faut un effort concerté et soutenu sur une longue période, notamment une éducation et une action communautaires permanentes, des campagnes de presse, des tribunes où les

³¹¹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, avril 2002, *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral*, Volume cinq, p. 160-175, <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repapr02vol5-f.pdf>.

³¹² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, octobre 2002, *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral*, Volume six, p. 273, <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repopt02vol6-f.pdf>.

³¹³ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, novembre 2004, Rapport 3 — *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, chapitre 4, section 4.1, p. 27, <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report3/repintnov04vol3-f.pdf>.

personnes atteintes peuvent échanger avec la population pour la renseigner sur la problématique, et des campagnes de sensibilisation auprès des professionnels pour diminuer la discrimination structurelle dans le réseau de la santé et dans le réseau de la santé mentale³¹⁴ ». Le Comité est également conscient du fait que les campagnes de sensibilisation doivent être complétées par des politiques pouvant créer un environnement propice à un changement des attitudes et des comportements.

Le Comité examinera en détail la question de la stigmatisation et de la discrimination dans le chapitre suivant. Qu'il nous suffise de dire, pour le moment, qu'une Commission canadienne de la santé mentale devrait être créée immédiatement pour lancer une campagne systématique et à long terme de lutte contre la stigmatisation et la discrimination (voir chapitre 16).

15.3 PRÉVENTION DE LA MALADIE MENTALE : FACTEURS DE RISQUES ET FACTEURS DE PROTECTION

Tandis que la promotion de la santé mentale vise les déterminants de la santé dans le but de favoriser un état mental positif, la prévention de la maladie mentale est axée sur la réduction des facteurs de risque associés à la maladie mentale et le renforcement des facteurs de protection qui empêchent la maladie mentale de se déclarer ou qui en réduisent la durée. Un rapport de l'OMS sur la prévention de la maladie mentale donne la définition suivante :

La prévention des troubles mentaux est axée sur la réduction des facteurs de risque associés à la maladie mentale et le renforcement des facteurs de protection qui empêchent la maladie mentale de se déclarer ou qui en réduisent la durée.

... la prévention des troubles mentaux vise à « réduire l'incidence, la prévalence et la réapparition de troubles mentaux, la durée des symptômes ou la situation de risque de maladie mentale, prévenir ou retarder les rechutes et atténuer les répercussions de la maladie sur la personne touchée, sa famille et la société³¹⁵. »

Les facteurs de risque sont ceux qui augmentent la probabilité d'apparition de problèmes de santé majeurs, leur gravité et leur durée. Les facteurs de protection sont ceux qui augmentent la résistance aux facteurs de risque et, partant, à la maladie mentale³¹⁶.

La promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales font souvent partie du même ensemble d'interventions, même si elles produisent des résultats distincts mais complémentaires³¹⁷. Certaines stratégies de prévention de la maladie mentale s'apparentent à celles qui visent la promotion de la santé mentale, comme l'amélioration du logement, l'accès à l'éducation et l'atténuation de l'insécurité économique. D'autres stratégies sont beaucoup

³¹⁴ *Ibid.*

³¹⁵ Organisation mondiale de la santé, 2004, "Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report", p. 17, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159215X.pdf>.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 20.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 18.

plus ciblées, comme la capacité d'affronter la maladie mentale chez les parents, l'intervention en milieu de travail et l'amélioration de la santé mentale parmi les aînés³¹⁸.

Comme dans le cas de la promotion de la santé mentale, la prévention des maladies mentales doit se fonder sur la compréhension des causes (étiologie). Toutefois, comme l'a noté le Directeur du Service de santé publique (*Surgeon General*) des États-Unis :

Certaines stratégies de prévention des maladies mentales s'apparentent à celles qui visent la promotion de la santé mentale, comme l'amélioration du logement, l'accès à l'éducation et l'atténuation de l'insécurité économique. D'autres stratégies sont beaucoup plus ciblées, comme la capacité d'affronter la maladie mentale chez les parents, l'intervention en milieu de travail et l'amélioration de la santé mentale parmi les aînés

... pour la plupart des troubles mentaux majeurs, il y a une compréhension insuffisante de l'étiologie et/ou une incapacité de modifier l'étiologie connue d'un trouble particulier. Même si ces facteurs ont entravé la mise au point d'interventions préventives, quelques stratégies efficaces ont été élaborées en l'absence d'une pleine compréhension de l'étiologie³¹⁹.

Pour l'élaboration d'interventions préventives, l'OMS propose un certain nombre de mesures à prendre, dont l'évaluation des besoins, la diffusion des pratiques exemplaires, la mise en œuvre sur une grande échelle de programmes de qualité fondés sur des données concrètes et l'établissement de systèmes d'évaluation et d'amélioration de la qualité pour garantir la durabilité de ces programmes³²⁰.

Les facteurs de risque sont ceux qui augmentent la probabilité d'apparition de problèmes de santé majeurs, leur gravité et leur durée. Les facteurs de protection sont ceux qui augmentent la résistance aux facteurs de risque et, partant, aux troubles mentaux.

15.4 LE BESOIN DE DONNÉES SCIENTIFIQUES CONCRÈTES

Pour réussir, les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie doivent être fondées sur des données scientifiques concrètes. Elles nécessitent la coopération de différents ordres de gouvernement, de fournisseurs de services, d'organisations non gouvernementales et des personnes touchées, ainsi que d'importants investissements, ce qui est difficile à obtenir dans les deux cas à moins que les intervenants n'aient une bonne idée des résultats probables de la coopération et des investissements.

Les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles doivent être fondées sur des données scientifiques concrètes.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 24-36.

³¹⁹ U.S. Department of Health and Human Services, 1999, "Mental Health: A Report of the Surgeon General", Rockville, MD, p. 62, <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>.

³²⁰ Organisation mondiale de la santé, 2004, "Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report", p. 52-56.

Le Bureau du vérificateur général du Canada a clairement établi le besoin de données scientifiques concrètes. Ayant examiné les projets de santé de la population de Santé Canada, la vérificatrice générale a dit, dans son rapport de 2001, que « le choix des bonnes priorités dès le départ est une étape critique devant permettre d'affecter des ressources aux secteurs susceptibles de contribuer le plus à l'amélioration de la santé de la population³²¹ ». La vérificatrice générale s'attendait en outre à ce que la définition des priorités se fonde « sur de l'information factuelle, par exemple les données fournies par la surveillance et par les évaluations des programmes axés sur la santé de la population³²² ».

En 2004, l'OMS a publié des rapports résumant les données recueillies quant à l'efficacité des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles. Même s'il a été possible de trouver de bonnes données dans le cas de certaines interventions, notamment au niveau individuel, l'OMS a jugé insuffisantes les données économiques sur les coûts et les avantages relatifs des interventions³²³.

Il est clair qu'il faut plus de données sur l'efficacité des politiques et des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles.

L'OMS soutient que les interventions plausibles devraient se poursuivre en l'absence d'évaluations des résultats³²⁴, mais il est clair qu'il faut plus de données sur l'efficacité des politiques et des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales.

Au cours des audiences du Comité, quelques témoins ont invité le gouvernement fédéral à recueillir et à diffuser des renseignements sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales. M^{me} Christine Davis, présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, a dit à ce sujet :

Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle pour établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et la promotion de la santé mentale chez les enfants, les jeunes, leurs familles et chez les adultes³²⁵.

M^{me} Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation, a recommandé qu'un organisme national de promotion et de défense des droits dans le domaine de la santé mentale s'occupe de recueillir et de diffuser l'information nécessaire partout dans le pays³²⁶.

La D^{re} Mimi Israël, psychiatre en chef et codirectrice de la Direction des activités cliniques de l'Hôpital Douglas et professeure agrégée au département de psychiatrie de l'Université

³²¹ Bureau du vérificateur général du Canada, Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001, chapitre 9, *Santé Canada : Une stratégie proactive de promotion de la santé*, p. 1, [http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/0109cf.html/\\$file/0109cf.pdf](http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/0109cf.html/$file/0109cf.pdf).

³²² *Ibid.*, p. 9.

³²³ Organisation mondiale de la santé, 2004, "Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report", p. 47.

³²⁴ *Ibid.*, p. 46.

³²⁵ 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/42362-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³²⁶ 15 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/05evb-f.htm?Language=F&Parl=&Ses=&comm_id.

McGill, a également préconisé la création d'une structure centralisée qui aurait, entre autres, les fonctions suivantes :

- Regrouper des données provenant d'études épidémiologiques et d'études sur la population pour mesurer et surveiller les besoins en santé de la population, qui changent à mesure qu'évolue notre environnement.
- Orienter les programmes de recherche et le financement des recherches.
- Traduire les conclusions des recherches une fois qu'on les a recueillies auprès des politiques de santé internationales visant à promouvoir la santé ou à prévenir la maladie.
- Centraliser la préparation et la diffusion de l'information, comme les campagnes d'éducation et de sensibilisation du public...³²⁷

D'autres témoins ont proposé que la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales fassent partie d'un plan d'action national pour la santé mentale. Comme l'a noté M^{me} Nancy Beck, directrice de Connections Clubhouse :

Le plan devrait mettre l'accent sur un modèle de santé de la population qui tient compte de la prévention, de la promotion, des soins communautaires, des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et de la défense des intérêts. Le site Web de Santé Canada est une mine de renseignements sur la santé de la population. Le Ministère effectue des recherches dans ce domaine depuis des décennies, mais je n'en ai pas encore vu les résultats en application³²⁸.

M^{me} Annette Osted, directrice exécutive du Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba, était du même avis :

Nous croyons que les plans d'action provincial et national devraient comprendre un solide plan de promotion de la santé mentale fondé sur les déterminants de la santé mentale. Il est évident que la maladie mentale et les problèmes de santé mentale ont d'importantes répercussions sociales aussi bien que physiques. Pour assurer la viabilité de notre système de santé pour les générations futures, on doit mettre davantage l'accent sur la santé, y compris sur la santé mentale de notre population³²⁹.

³²⁷ 6 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/14ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³²⁸ 9 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/15evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³²⁹ 31 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/16eva-f.htm?Language=F&Parl=&Ses=&comm_id.

15.5 LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Au fil des ans, le gouvernement fédéral a publié différents documents portant sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales. En 1974, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à cette époque, Marc Lalonde, avait publié le document *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*, qui mentionnait ce qui suit au sujet de la maladie mentale :

Il reste donc beaucoup à faire pour... informer le public sur les maladies mentales et modifier son attitude à ce sujet. La prévention des maladies mentales, la définition de facteurs positifs de santé et leur promotion sont autant de domaines peu explorés.

Le processus pathologique au sein de nos familles, le système scolaire et celui des valeurs de la société reflètent le besoin urgent d'élaborer des programmes de prévention pour l'ensemble de la population. Ces mesures de prévention auraient non seulement pour effet de diminuer les risques de maladies mentales et d'étendre les responsabilités, mais elles contribueraient à atténuer ce sentiment de culpabilité qui afflige tellement certains individus³³⁰.

En 1986, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Jake Epp, a rendu public le document *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, qui, allant au-delà du rapport Lalonde, a abordé les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux touchant la santé. Le document définissait trois défis :

- Réduire les inégalités
- Augmenter les efforts de prévention
- Augmenter la capacité des gens de se tirer d'affaire³³¹.

En 1988, le ministère a publié le document *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre*, dans lequel la promotion de la santé mentale est présentée sous la forme de trois défis. Le document proposait un certain nombre de mesures, notamment :

- Développement des connaissances accumulées sur la nature et les causes de la bonne santé mentale et sur la prévention des maladies mentales.
- Coordination des politiques pour que la santé mentale soit prise en compte dans les dossiers pertinents.
- Affectation de ressources au développement communautaire ainsi qu'aux programmes et aux services basés dans la collectivité³³².

³³⁰ Santé nationale et Bien-être social, 1974, *Nouvelle perspective de la santé les Canadiens*, p. 65.

³³¹ Santé Canada, 2001 (1986), *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-frame-plan-promotion/index_f.html.

En 1994, les ministres de la Santé du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires ont officiellement adopté l'approche de la santé de la population. Dans *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, les ministres ont défini trois orientations stratégiques pour l'action nationale :

- Amener le public à mieux comprendre les grands déterminants de la santé, à appuyer davantage les initiatives ayant pour but d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités entre groupes de Canadiens dans le domaine de la santé, et à contribuer plus activement à ces initiatives.
- Susciter, chez les partenaires gouvernementaux des secteurs autres que celui de la santé, une meilleure compréhension des facteurs déterminants de la santé, et un appui en faveur de l'approche axée sur l'amélioration de la santé de la population.
- Développer des initiatives intersectorielles détaillées d'amélioration de la santé, dans quelques secteurs prioritaires clés qui ont le potentiel d'avoir une forte incidence sur la santé de la population³³³.

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains représente d'autres efforts de promotion de la santé. Cette initiative fédérale-provinciale-territoriale vise à améliorer la santé des Canadiens d'une manière globale en s'attaquant aux facteurs de risque évitables. Les ministres de la Santé du gouvernement fédéral, des provinces et territoires ont convenu en 2002 de travailler ensemble à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains³³⁴. Au départ, la stratégie est axée sur l'activité physique et une alimentation saine et sur leurs rapports avec un poids sain, mais elle sera par la suite étendue à d'autres questions de santé prioritaires, comme la santé mentale³³⁵.

Le fait de s'attaquer aux facteurs de risque évitables peut avoir des effets positifs sur la santé mentale de la population, mais nécessite des efforts très concertés. Le Comité croit que l'approche élaborée dans le cadre de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains devrait être étendue à la santé mentale, à titre de question de santé prioritaire. Il recommande par conséquent :

La Société canadienne de psychologie a proposé de produire un Guide canadien de la santé mentale, sur le modèle du Guide alimentaire canadien.

³³² Santé nationale et Bien-être social, 1998, *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre*.

³³³ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, p. 6-7, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/f_strateg.pdf.

³³⁴ Agence de santé publique du Canada, février 2005, « Vie saine », http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

³³⁵ Comité de coordination du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, septembre 2004, rapport sur la première réunion, Ottawa, p. 3. http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/meeting_sept04_f.pdf.

103 **Que la santé mentale soit inscrite comme question de santé prioritaire immédiate dans la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.**

Dans son mémoire au Comité, la Société canadienne de psychologie a proposé de produire un Guide canadien de la santé mentale, sur le modèle du Guide alimentaire canadien, qui

... contribuerait à atténuer la stigmatisation et la discrimination en reconnaissant que la santé mentale fait partie de la vie de tous les jours, en encourageant et en appuyant la résistance psychologique, en facilitant la détection précoce, etc.

Le Guide contiendrait des conseils pratiques sur des sujets comme les suivants :

- Activités mentales saines pour tous les âges.
- Signes précurseurs du stress psychologique, et ce qu'il convient de faire pour les affronter.
- Réactions normales aux événements de la vie : mort, tragédie, échec, perte.
- Façon d'augmenter la résistance psychologique.
- Réactions normales de tristesse, d'anxiété, etc., et façon de se rendre compte que des réactions normales évoluent vers la maladie³³⁶.

Le Comité trouve cette proposition intéressante, et recommande donc :

104 **Que l'Agence de santé publique du Canada, en collaboration avec d'autres intervenants, produise un Guide canadien de la santé mentale et veille à en faire une vaste diffusion.**

Au sein du gouvernement fédéral, Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada jouent un rôle central dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie. À l'Agence de santé publique du Canada, l'Unité de la promotion de la santé

À l'Agence de santé publique du Canada, l'Unité de la promotion de la santé mentale constitue le point de mire des efforts déployés pour le maintien et la promotion de la santé mentale et du bien-être de la population canadienne.

³³⁶ Société canadienne de psychologie, juillet 2005, Recommandations au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

mentale constitue le point de mire des efforts déployés pour le maintien et la promotion de la santé mentale et du bien-être de la population canadienne. L'unité a pour mandat :

... de promouvoir et d'appuyer la santé mentale. Elle compte réduire le fardeau que représentent les problèmes et les maladies mentales en contribuant :

- au développement, à la synthèse, à la diffusion et à l'application des connaissances;
- au développement, à l'application et à l'évaluation des initiatives, des politiques et des programmes destinés à promouvoir la santé mentale et à mettre en lumière les besoins des personnes atteintes de problèmes ou de maladies mentales³³⁷.

D'autres organismes fédéraux ont également des activités liées à la promotion de la santé. L'Institut de la santé publique et des populations appuie « la recherche axée sur les relations complexes (biologiques, sociales, culturelles, environnementales) qui influent sur la santé de la personne, de la communauté et de l'ensemble des populations [ainsi que sur] l'application de cette connaissance à l'amélioration de la santé à la fois de la personne et des populations³³⁸ ». L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui appuie la recherche sur le fonctionnement et les troubles du cerveau, de la moelle épinière, des systèmes sensoriels et moteurs ainsi que de l'esprit, est un autre exemple³³⁹.

Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit renforcer sa capacité de cerner les priorités nationales dans le cas des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles et prendre les mesures concrètes correspondantes.

C'est également le cas de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui gère l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Il a pour mission :

- de mieux faire comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- de contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens³⁴⁰.

De plus, Statistique Canada recueille et diffuse des statistiques sur la santé des Canadiens, et mène des enquêtes sur la santé de la population, y compris l'Enquête sur la santé dans les

³³⁷ Agence de santé publique du Canada, janvier 2003, « Promotion de la santé mentale », <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/psm/index.html>.

³³⁸ Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations, mai 2003, « Ce que nous faisons », <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/12199.html>.

³³⁹ Instituts de recherche en santé du Canada, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, avril 2003, « À propos de l'INSMT », <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/8579.html>. On trouvera également un examen plus détaillé des activités de l'INSMT au chapitre 14.

³⁴⁰ Institut canadien d'information sur la santé, mars 2004, Au sujet de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_aboutcphi_f.

collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, qui a pour but de produire des estimations nationales des grands troubles et problèmes mentaux³⁴¹.

Le Comité croit cependant que le gouvernement fédéral doit renforcer sa capacité de cerner les priorités nationales dans le cas des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales et prendre les mesures concrètes correspondantes. Compte tenu du chevauchement entre la promotion de la santé mentale et la promotion de la santé en général, l'Agence de santé publique du Canada devrait continuer à jouer le rôle central dans la promotion de la santé mentale.

Destinée à aider l'Agence de santé publique du Canada, la Commission canadienne de la santé mentale, que nous envisageons au chapitre 16, comprendra un centre d'échange de l'information qui travaillera de concert avec les organismes existants pour favoriser la collecte et l'échange de données liées à la santé mentale et aux maladies mentales. Le Comité recommande donc :

- | | |
|-----|---|
| 105 | <p>Que le gouvernement fédéral engage des ressources suffisantes pour permettre à l'Agence de santé publique du Canada d'assumer la responsabilité première de la définition des priorités nationales en matière d'interventions pour la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et de travailler, de concert avec d'autres intervenants, à l'élaboration de mesures concrètes correspondant à ces priorités.</p> <p>Que toutes les initiatives de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales prévoient des dispositions de surveillance et d'évaluation des résultats.</p> <p>Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) collabore étroitement avec des organismes existants, tels que l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, pour recueillir et diffuser des données sur l'évaluation des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales, y compris les campagnes de prévention du suicide.</p> <p>Que, dans ce contexte, la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) explore la possibilité :</p> <ul style="list-style-type: none">• d'élaborer des mesures communes pour évaluer les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales; |
|-----|---|

³⁴¹ Statistique Canada, juillet 2005, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être, http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2.

- d'analyser les initiatives stratégiques fédérales pour en déterminer les répercussions probables sur la santé mentale;
- de cerner des groupes de problèmes ou de populations à risque qui ne font actuellement l'objet d'aucune mesure.

15.6 PRÉVENTION DU SUICIDE

Le Comité a retenu la prévention du suicide comme autre priorité. Comme il le signale dans son troisième rapport provisoire, 3 700 Canadiens mettent fin à leur vie chaque année. Même si les tendances suicidaires ne constituent pas en soi un trouble mental, elles présentent une corrélation étroite avec la maladie mentale et la toxicomanie, plus de 90 p. 100 des victimes de suicide étant atteintes d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie décelable³⁴².

Même si les tendances suicidaires ne constituent pas en soi un trouble mental, elles présentent une corrélation étroite avec la maladie mentale et la toxicomanie, plus de 90 p. 100 des victimes de suicide étant atteintes d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie décelable.

Ce lien entre le suicide et la maladie mentale a été confirmé par une récente étude réalisée au Nouveau-Brunswick. D'après les conclusions de l'étude, dans la grande majorité des 102 décès par suicide examinés, les victimes avaient « une trajectoire de difficultés persistantes et de longue date qui se situent dans le développement de l'individu et se constituent par un cumul de problèmes personnels, familiaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux³⁴³ ». L'étude a également établi que « chez les personnes qui décèdent par suicide, les problèmes de toxicomanie sont importants³⁴⁴. » Elle signale en outre ce qui suit :

Il est possible de combattre les comportements suicidaires par des interventions de promotion et de prévention.

En sensibilisant davantage les gens aux indices du comportement suicidaire, on peut espérer que ceux qui envisagent le suicide essaieront d'obtenir de l'aide.

... il est intéressant de constater que les signes de détresse et de comportements suicidaires sont généralement bien déterminés par la population générale; cependant, pour plusieurs, l'étape suivante indispensable, soit celle de l'importance à amener un proche vers les services, n'est pas encore tout à fait entrée dans les pratiques³⁴⁵.

³⁴² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, novembre 2004, Rapport 3 — *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, chapitre 4, section 4.2, p. 29.

³⁴³ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé et du Mieux-être, avril 2005, Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003, p. 7, <http://www.gnb.ca/0055/suicide-f.asp>.

³⁴⁴ *Ibid.*

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 8.

Comme le suggère cette étude, il est possible de combattre les comportements suicidaires par des interventions de promotion et de prévention. Le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* avait abouti à la même conclusion :

La promotion de la santé mentale de toute la population canadienne, la réduction des facteurs de risque et la reconnaissance précoce des personnes à risque de comportement suicidaire jouent un rôle essentiel dans la diminution du nombre de suicides et des tentatives de suicide³⁴⁶.

En sensibilisant davantage les gens aux indices du comportement suicidaire, on peut espérer que ceux qui envisagent le suicide essaieront d'obtenir de l'aide et que cette aide sera disponible, à commencer par les interventions de la famille, des amis et des voisins.

Les données recueillies indiquent que lorsque les collectivités travaillent ensemble à la sensibilisation des gens, le taux de suicide diminue.

Les données recueillies indiquent que lorsque les collectivités travaillent ensemble à la sensibilisation des gens, le taux de suicide diminue. La campagne menée par l'Aviation américaine est souvent donnée en exemple à cet égard. Elle « était axée sur la suppression de la honte associée aux problèmes mentaux et sur le renforcement du soutien social, de la capacité d'affronter la vie et de la recherche de l'aide ». Cette campagne a permis de réduire d'un tiers le nombre des suicides³⁴⁷.

Le Canada n'a pas de stratégie nationale de suicide.

Même si beaucoup de provinces, de territoires et de collectivités ont établi des programmes de prévention du suicide³⁴⁸, le Canada n'a pas de stratégie nationale dans ce domaine. Beaucoup pensent que le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces, les territoires et les autres intervenants pour élaborer une telle stratégie³⁴⁹. Pour reprendre les propos de l'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :

Une stratégie de prévention du suicide est conçue pour soutenir les collectivités dans leurs efforts de prévention du suicide parmi les jeunes.

La participation du gouvernement fédéral pourrait être profitable dans la prévention du suicide en sensibilisant la population à ce problème. Nous avons récemment publié une étude sur le suicide au Nouveau-Brunswick et il est évident qu'il s'agit d'un problème complexe qui ne relève pas

³⁴⁶ Santé Canada, 2002, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, p. 102, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mm/mac/pdf/men_ill_f.pdf.

³⁴⁷ Knox, K. L., et al., décembre 2003, "Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study", *British Medical Journal*, vol. 327, No. 13, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7428/0-b>.

³⁴⁸ Santé Canada, 2002, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, p. 102.

³⁴⁹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, novembre 2004, Rapport 3 — *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, chapitre 4, section 4.2, p. 29.

seulement du système de santé et de santé mentale mais de toute la population.

Les occasions de fournir des renseignements publics, de partager des connaissances et des pratiques exemplaires ainsi que d'échanger des initiatives couronnées de succès profiteront à toutes les régions et aux bénéficiaires des services fournis³⁵⁰.

Le gouvernement fédéral élabore actuellement une stratégie de prévention du suicide parmi les jeunes autochtones, en collaboration avec l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami, avec la participation d'autres organisations autochtones, des provinces et des territoires et de ministères fédéraux. M. Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, a dit au Comité que la stratégie a été annoncée en septembre 2004 et que 65 millions de dollars y ont été affectés pour une période de cinq ans. Elle est conçue pour soutenir les collectivités dans leurs efforts de prévention du suicide parmi les jeunes, notamment en établissant des contacts avec les jeunes qui risquent de se suicider et en prévenant les grappes de suicides qui se produisent fréquemment lorsqu'un jeune met fin à ses jours³⁵¹.

Le gouvernement fédéral participe également à des recherches sur le suicide. En 2003, Santé Canada et l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des IRSC a organisé une conférence pour définir des thèmes de recherche reliés au suicide. Les participants ont arrêté leur choix sur six grands thèmes : le contexte social et culturel du suicide, les pratiques éprouvées, la promotion de la santé mentale, les modèles multidimensionnels d'explication du suicide, la gamme des comportements suicidaires et une banque de données nationale pour la recherche liée au suicide³⁵².

En octobre 2004, l'Association canadienne pour la prévention du suicide, groupe de professionnels qui s'efforce de réduire le taux de suicide³⁵³, a publié son *Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide*³⁵⁴. Lors de sa comparution devant le Comité, le D^r Paul Links, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto et président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, a demandé au gouvernement fédéral de faire preuve de leadership pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide :

Tous les niveaux de gouvernement, les diverses agences et organisations communautaires, les survivants et les clients doivent y participer, mais il est clair que nous devons compter sur le leadership fédéral pour établir les

³⁵⁰ 11 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/15eve-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁵¹ 20 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/42362-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁵² Instituts de recherche en santé du Canada, février 2003, communiqué « Atelier de chercheurs experts sur le suicide — À la recherche de solutions », <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/8106.html>.

³⁵³ Association canadienne pour la prévention du suicide, Objet et fonction, <http://www.thesupportnetwork.com/CASP/objet.html>.

³⁵⁴ <http://www.suicideprevention.ca/>.

*politiques, fournir les ressources et fixer les objectifs en termes de résultats, y compris la réduction réelle du taux de suicide*³⁵⁵.

Le *Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide* comprend beaucoup des concepts que nous avons abordés dans le présent chapitre. Il fixe un certain nombre d'objectifs, notamment :

- Sensibiliser les gens, partout au Canada, au fait que le suicide est notre problème et qu'il est évitable.
- Rallier de vastes appuis pour la prévention du suicide et les interventions correspondantes.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie destinée à réduire la stigmatisation, qui serait associée à toutes les activités de prévention du suicide, d'intervention et de deuil.
- Élaborer, mettre en œuvre et soutenir des programmes communautaires de prévention du suicide qui respectent la diversité et la culture aux niveaux local, régional et provincial-territorial.

Le Comité croit qu'il est avantageux de favoriser l'initiative de l'Association canadienne pour la prévention du suicide visant à élaborer une stratégie nationale de prévention.

Le Comité croit qu'il est avantageux de favoriser l'initiative de l'Association canadienne pour la prévention du suicide visant à élaborer une stratégie nationale de prévention. Le Comité recommande donc :

106

Que le gouvernement fédéral appuie les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et d'autres organismes travaillant à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

Que la nouvelle Commission canadienne de la santé mentale collabore étroitement avec tous les intervenants, notamment dans le but :

- **d'élaborer des normes et des protocoles cohérents pour la collecte de renseignements sur les décès par suicide, les tentatives de suicides qui n'ont pas abouti et les pensées suicidaires;**
- **d'intensifier l'étude et la diffusion des facteurs de risque, des signes précurseurs et des facteurs de protection pour les personnes, les familles, les collectivités et la société;**

³⁵⁵ 17 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/07ev-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

- **d'appuyer l'établissement d'un programme national de recherche sur le suicide, selon les modalités proposées par les Instituts de recherche en santé du Canada.**

15.7 CONCLUSION

Au début de ce chapitre, nous nous sommes interrogés sur la possibilité de prévenir la maladie mentale dans la population canadienne en agissant sur les facteurs causaux. Les données scientifiques recueillies montrent que certaines interventions visant la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales peuvent effectivement empêcher ou retarder l'apparition de la maladie mentale ou en réduire la gravité et la durée. De telles interventions devraient se poursuivre. En même temps, il conviendrait de recueillir et d'évaluer d'autres données sur leurs répercussions. Armés de telles données, les gouvernements et les autres intervenants seront plus disposés à faire des investissements soutenus et à long terme pour améliorer la santé mentale de la population canadienne.

CHAPITRE 16 : INITIATIVES NATIONALES POUR LA SANTÉ MENTALE

16.1 VERS UNE STRATÉGIE NATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Le Comité a entendu l'appel en faveur d'une stratégie nationale pour la santé mentale dès le début de son étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie³⁵⁶. De nombreux témoins ont fait valoir l'importance primordiale d'une stratégie de cette nature, signalant que le Canada est le seul pays du G-8 à ne pas en avoir une. En fait, il y a cinq ans que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a publié *Appel à l'action : Dégager un consensus à l'égard d'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale*.

Il importe de le signaler, rien ne prouve que le Canada traite les personnes atteintes de maladie mentale très différemment des autres pays fortement industrialisés, mais l'absence de stratégie nationale représente une sérieuse lacune. Elle symbolise la négligence du gouvernement dans le dossier de la santé mentale; elle empêche aussi la naissance d'initiatives bien concrètes qui seraient bénéfiques aux personnes atteintes de maladie mentale dans l'ensemble du pays.

16.1.1 De quel type de stratégie nationale avons-nous besoin?

De nombreux témoins se sont dits favorables au concept d'une stratégie ou d'un plan national, mais leurs opinions variaient quant à l'objectif précis et au contenu. Beaucoup de suggestions ont été faites sur le rôle du gouvernement fédéral dans l'élaboration d'une stratégie.

Phil Upshall, directeur exécutif national de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, a déclaré dans son témoignage :

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale préconise l'adoption d'un plan d'action global à l'échelle nationale [...]

³⁵⁶ Comme indiqué au chapitre 3, le Comité n'a pu accorder à la consommation d'alcool et de drogue toute l'attention qu'il voulait y apporter lorsqu'il a entamé son étude sur « la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie ». Il reconnaît que, depuis plusieurs décennies, les services de santé mentale et les services de toxicomanie sont administrés séparément; ils en sont venus à reposer sur des conceptions divergentes du traitement, à utiliser des terminologies distinctes et à former des « cultures » différentes qui sont souvent en conflit. Cependant, les limites du présent rapport à l'égard de la toxicomanie font que le Comité n'a pu examiner à fond les similitudes et les différences existant dans la façon d'aborder chacun des deux champs d'intervention. Le chapitre 16 porte principalement sur la mise en œuvre d'initiatives nationales pour la santé mentale, bien que certains exemples soient tirés du secteur de la toxicomanie. Il ne serait pas judicieux, de la part du Comité, de supposer que les conclusions auxquelles il est arrivé après une étude attentive des informations reçues sur les questions de santé mentale s'appliquent nécessairement aux problèmes de consommation. Certaines peuvent s'appliquer, mais le Comité a voulu éviter toute hypothèse gratuite à ce sujet. Il formule toutefois, dans le chapitre 16, une importante recommandation, à savoir que le gouvernement fédéral devrait injecter 50 millions de dollars de plus par an dans les programmes axés sur les troubles concomitants (voir la section 16.5.4.1).

L'option que nous privilégions consiste en un plan d'action national qui serait élaboré par un groupe d'intervenants éminents et reconnus comprenant des consommateurs, des patients et leurs familles. Ce groupe fournirait des conseils aux responsables de l'élaboration des politiques au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous croyons qu'il s'agit d'un des éléments essentiels d'une stratégie nationale³⁵⁷.

Pour sa part, la British Columbia Schizophrenia Society a fait la suggestion suivante :

Il faudrait établir un plan national pour la santé mentale afin de (i) standardiser les soins donnés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave; (ii) surveiller les résultats dans l'ensemble du pays. Ce plan devrait aussi établir des normes nationales en matière d'éducation, d'intervention précoce et de soutien familial qui permettraient d'améliorer le traitement et les soins donnés aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave³⁵⁸.

Certains ont émis l'opinion que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative d'élaborer un plan national qui, selon Tina Pranger, consultante en santé mentale auprès des Services sanitaires et sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, « permettrait aux provinces et aux territoires d'élaborer, de corriger ou de soutenir leurs propres plans de santé mentale » et « devrait inclure des normes nationales sur la fourniture des services »³⁵⁹. D'autres, comme Jocelyne Green, directrice exécutive, Stella Burry Community Services de St. John's, ont insisté sur la nécessité, pour le gouvernement fédéral, d'« accorder des crédits ciblés et importants pour les services de santé mentale » auxquels les provinces n'auraient droit que « si leurs programmes sont conformes en tous points à des normes nationales, sans porte de sortie pour personne »³⁶⁰.

Dès le départ, le Comité a reconnu que les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie trouvent un écho auprès de chaque ordre de gouvernement; en réalité, elles touchent la population canadienne tout entière. Des stratégies sont nécessaires à chaque niveau : local, régional, provincial, fédéral et national.

Le Comité juge important de faire la distinction entre « national » et « fédéral » et de préciser clairement à quoi ressemblerait une stratégie *nationale* en matière de santé mentale au Canada. Beaucoup de gens ont tendance à considérer le gouvernement fédéral comme le lieu privilégié de toute activité nationale et, par conséquent, à lui demander de prendre l'initiative dans l'établissement de stratégies nationales, peu importe le champ d'activité.

³⁵⁷ 21 avril 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/13evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁵⁸ British Columbia Schizophrenia Society, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie [traduction].

³⁵⁹ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁶⁰ 15 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

Cette façon de faire ne peut pas fonctionner pour la réforme du système de santé mentale. Bien que le gouvernement fédéral ait un rôle de chef de file à jouer dans l'élaboration d'une approche nationale de la santé mentale, il n'est pas responsable du travail d'élaboration et de mise en œuvre. Le Comité est d'avis qu'au Canada tout effort pour établir une approche nationale dans les secteurs de la santé, y compris de la santé mentale³⁶¹, doit tenir compte entre autres de l'identité des organisations qui assurent véritablement les services et de la capacité financière de chaque niveau de gouvernement.

Il n'est pas superflu de rappeler que c'est aux provinces et aux territoires qu'il incombe d'offrir à la population des services de santé, y compris de santé mentale. Le gouvernement fédéral n'assume cette responsabilité que pour les Indiens reconnus ou inscrits et les Inuits, le personnel des Forces canadiennes, les détenus sous sa responsabilité et quelques autres groupes qui relèvent de sa compétence³⁶².

L'influence du gouvernement fédéral sur les services de santé s'exerce surtout par sa capacité financière, c'est-à-dire son pouvoir de dépenser. Les provinces et les territoires reçoivent des paiements fédéraux qu'ils s'engagent à utiliser selon certaines modalités. C'est sur ce principe que reposent des lois fédérales telles que la *Loi canadienne sur la santé*. Cet état de fait limite le rôle que peut jouer le gouvernement fédéral dans l'élaboration d'une stratégie nationale ou d'un plan d'action national qui vise des domaines dont les provinces et les territoires ont la responsabilité principale.

16.1.2 Éléments d'une « stratégie nationale »

Le présent rapport renferme-t-il les éléments d'une « stratégie nationale »? La réponse dépend des attentes que l'on a face au contenu d'une telle stratégie. Certaines des recommandations inédites du Comité ont effectivement une portée nationale. Mais le rapport contient aussi des recommandations destinées à tous les niveaux de gouvernement (fédéral, provincial/territorial, régional et local) et aux fournisseurs de services de santé mentale. Il peut donc, du moins dans une certaine mesure, servir de point de départ à l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale.

Comme dans ses rapports précédents sur les soins de santé actifs, le Comité a, dans ces pages, formulé des recommandations sur des questions qui ne sont pas de la compétence du gouvernement fédéral. Il n'y a pas moyen de faire autrement pour établir une approche efficace et systématique des services de santé mentale et de toxicomanie.

Le Comité reconnaît que ni les groupes fournisseurs de services ni les gouvernements provinciaux ou territoriaux à qui s'adressent un bon nombre des recommandations du présent rapport ne sont tenus d'y donner suite. Toutefois, son expérience des rapports sur la santé lui a permis de constater que les recommandations, si elles découlent d'un examen rigoureux des informations reçues, sont souvent bien accueillies par leurs destinataires en dépit des limites que posent les champs de compétence. C'est pourquoi le Comité espère que

³⁶¹ Il est bon de rappeler que, même si les nombreux services qui font partie du « système » de santé mentale débordent largement le champ d'action des ministères de la santé, les services qui relèvent de ces derniers n'en sont pas moins essentiels.

³⁶² Voir le chapitre 13, « Le rôle direct du fédéral ».

les destinataires évalueront le bien-fondé de ses recommandations sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Une question globale que le Comité juge particulièrement importante, étant donné la négligence dont le secteur de la santé mentale fait l'objet depuis des années, est de savoir comment maximiser les chances de faire appliquer les recommandations du rapport. Il est devenu évident qu'un mécanisme s'impose tant pour entreprendre certaines tâches cruciales au niveau national que pour continuer d'assurer une dimension nationale aux questions de santé mentale.

16.1.3 Création de la Commission canadienne de la santé mentale

La principale recommandation présentée par le Comité pour atteindre cet objectif, la création d'une commission canadienne de la santé mentale, a été rendue publique par le ministre de la Santé, l'honorable Ujjal Dosanjh, le 24 novembre 2005, déposée au Sénat du Canada et publiée sur le site Web du Comité. À l'occasion de cette annonce, M. Dosanjh a indiqué que le gouvernement du Canada ainsi que les ministres de la santé des provinces et des territoires, exception faite du Québec, s'étaient déjà entendus sur la création de la Commission; ils avaient donné leur aval à la proposition que le Comité avait faite lors d'une réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la santé tenue le 23 octobre 2005. Steven Fletcher, porte-parole du Parti conservateur en matière de santé au cours de la 38^e législature, s'est dit lui aussi en faveur de cette mesure.

Avant de présenter une version plus étoffée de cette proposition, le Comité aimerait apporter quelques précisions sur l'importance que revêt l'adhésion déjà donnée par les gouvernements et sur le rôle que la nouvelle Commission jouera dans l'élaboration d'une approche « nationale » de la santé mentale au Canada.

L'annonce de la création de la Commission canadienne de la santé mentale représentait, pour le Comité, l'aboutissement de plusieurs mois de consultations auprès de nombreux intervenants canadiens en santé mentale. Elle a été accueillie avec enthousiasme par tous les groupes qui s'intéressent aux problèmes de santé mentale au Canada. Par exemple, John Service, directeur général de la Société canadienne de psychologie, a écrit ceci :

À mon sens, l'annonce de la création de la Commission est un événement historique au Canada. Cette commission est susceptible de modifier en profondeur notre façon d'aborder les questions de santé mentale. Pour la première fois, nous aurons un organisme pancanadien pour examiner et signaler les bons coups et les lacunes et pour travailler avec les gouvernements et les intervenants à l'amélioration des conditions de vie des Canadiens.

Il est remarquable de voir que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont ralliés en si peu de temps à l'idée d'une commission. Cette communauté de vues témoigne du fait que les gouvernements constatent l'importance de ce besoin et la nécessité

d'y répondre aussi rapidement que possible. Il y a lieu de les féliciter pour leur volonté de collaborer et d'en venir à une entente³⁶³.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'est réjouie de l'annonce en faisant ressortir les avantages que pourrait présenter la structure de la Commission :

Un point fort de cette commission sera les partenariats qu'elle va mettre en place avec les gouvernements, les employeurs, les organisations parties prenantes du secteur de la santé mentale et les Canadiens atteints de maladies mentales ainsi que leurs familles et leurs aidants naturels. Les comités consultatifs de cette commission joueront également un rôle important pour garantir dans tout le Canada une vaste compréhension et une représentation suffisante des questions ayant trait à la santé mentale³⁶⁴.

Pour sa part, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a dit, au sujet de la création d'une commission de la santé mentale et de la maladie mentale, qu'il s'agissait d'« une étape importante vers l'élaboration et la mise en application d'une stratégie qui abordera les besoins en matière de santé mentale de tous les Canadiens »³⁶⁵.

Paul Garfinkel, président et chef de direction du Centre de toxicomanie et de santé mentale, a insisté sur l'importance des objectifs du projet consistant à réduire la stigmatisation et à mettre fin à la discrimination :

Tous les jours, nous apprenons que des patients et leur famille ont retardé le moment de demander un traitement parce qu'ils craignent la stigmatisation sociale qui est associée à un diagnostic de maladie mentale ou de toxicomanie. En fait, les études montrent que les deux tiers des personnes concernées ne se font jamais traiter. Il ne faut pas sous-estimer la force de la stigmatisation. Aussi, l'engagement pris par le gouvernement fédéral de créer une commission nationale pour sensibiliser les Canadiens à la réalité de la maladie mentale — l'objectif fondamental étant d'éliminer toutes les formes de discrimination exercées contre les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille — sera accueilli favorablement d'un bout à l'autre du pays³⁶⁶.

³⁶³ John Service, (28 novembre 2005), lettre au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie [traduction].

³⁶⁴ ICCSM, (28 novembre 2005), communiqué : L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale applaudit la mise en place d'une commission qui fait date, http://www.ccmhi.ca/fr/news/press/Newsrelease_Nov28.htm.

³⁶⁵ ACSM, (24 novembre 2005), communiqué : Constitution d'une commission ayant pour but de répondre aux besoins nationaux en matière de santé mentale, http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=6-20-21-965-809&lang=2.

³⁶⁶ ACSM, (24 novembre 2005), communiqué : Organizations laud Kirby Committee's proposed new Canadian Mental Health Commission, <http://www.newswire.ca/en/releases/archive/November2005/24/c9611.html> [traduction].

Il n'est pas exagéré de dire que la création de la Commission canadienne de la santé mentale marque une nouvelle ère dans le domaine de la santé mentale au Canada. Pour la première fois, un organisme pourra aider à canaliser les ressources institutionnelles et financières au niveau national vers un secteur qui a été systématiquement négligé. Le Comité félicite de tout cœur les ministres de la santé qui ont souscrit au projet et le gouvernement du Canada, qui a bien voulu financer la nouvelle Commission.

La Commission recevra ses fonds du gouvernement fédéral, mais sa structure institutionnelle accueillera les autres ordres de gouvernement ainsi que des organisations non gouvernementales. Elle conservera son indépendance à l'égard du gouvernement puisque la majorité des membres du conseil d'administration viendront de l'extérieur, tout comme son président (le commissaire à la santé mentale du Canada). Il en résulte qu'aucun groupe, le gouvernement y compris, ne pourra dominer le conseil d'administration. En ce sens, il s'agit d'une initiative à caractère beaucoup plus « national » que « fédéral ».

16.1.4 La dimension nationale du présent rapport

La création de la Commission de la santé mentale est, dans l'esprit du Comité, une des deux grandes composantes de ce qui pourrait constituer une « stratégie nationale ». La seconde est la constitution du Fonds de transition en santé mentale. Cette mesure, si elle est approuvée par le gouvernement fédéral, permettra le transfert de sommes fédérales aux provinces et aux territoires pour accélérer la transition vers un système de santé mentale établi principalement là où vivent des gens qui ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. La raison d'être du Fonds de transition est expliquée en détail au chapitre 5. Plus loin dans le présent chapitre (section 16.5), il est question de la valeur du Fonds et des sources de financement proposées.

Le Comité reconnaît que beaucoup d'autres recommandations de son rapport comportent aussi une dimension nationale même si elles visent un seul niveau de gouvernement. Ainsi, l'investissement supplémentaire de 25 millions de dollars par an dans la recherche sur les services de santé mentale, qui est proposé au chapitre 11, aura un impact national même si cette recommandation s'adresse uniquement au gouvernement fédéral.

Toutefois, les recommandations portant sur la Commission canadienne de la santé mentale et sur le Fonds de transition en santé mentale impliquent la création d'une nouvelle institution qui fait appel non seulement aux différents niveaux de gouvernement responsables des services de santé mentale, mais aussi aux intervenants qui fournissent ces services et aux personnes qui en bénéficient.

Les répercussions possibles d'une nouvelle commission sont énormes. Si le Fonds de transition vient à être créé, ces deux entités représenteront une injection considérable de ressources institutionnelles et financières dans un secteur qui est négligé depuis des années. La vie de milliers de Canadiens peut s'en trouver améliorée.

Le Comité hésite néanmoins à qualifier son rapport de stratégie ou plan national. Dans d'autres pays, un plan national explique généralement en détail comment les services seront

fournis, qui sera responsable de sa mise en œuvre, et devant qui³⁶⁷. Le Comité n'a pas apporté ce genre de précisions essentielles dans son rapport, et il n'aurait pas été bien avisé de le faire.

Il reste que les initiatives nationales que le Comité recommande dans son rapport jettent des bases solides pour l'étude des moyens d'élaborer un plan en matière de santé mentale, de le négocier et de le faire approuver par tous les intervenants. Si elles étaient appliquées intégralement, ces initiatives feraient aussi avancer le dossier de la réforme de façon immédiate et concrète, notamment par le déblocage des fonds nécessaires aux provinces et aux territoires pour opérer les transformations requises. En outre, les activités que la Commission de la santé mentale entreprendra d'elle-même (pour abolir la stigmatisation et constituer un centre d'échange des connaissances) permettront de modifier profondément les conditions de vie des personnes atteintes de maladie mentale.

Le présent rapport propose donc un plan d'action dont les recommandations comportent une dimension « nationale ». Ce plan, exécutable, colle à la réalité des soins de santé au Canada. Le Comité espère ardemment qu'aux yeux de tous les intervenants, sa mise en application présage de grands progrès pour les personnes aux prises avec la maladie mentale et la toxicomanie.

16.2 PROPOSITION DE CRÉATION D'UNE COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

Cette section reprend la proposition du Comité de créer une commission de la santé mentale, telle qu'elle a été déposée au Sénat du Canada le 24 novembre 2005³⁶⁸. Dans la section 16.4, le Comité formule d'autres commentaires qu'il juge important de faire; entre autres, il expose plus en détail le travail que la Commission entreprendra « à l'interne » (campagne contre la stigmatisation étalée sur dix ans et création d'un centre d'échange des connaissances).

16.2.1 Raison d'être : pourquoi faut-il créer une commission?

Plusieurs facteurs ont amené le Comité à recommander la création de la Commission canadienne de la santé mentale :

- a) Les travaux du Comité et, qui plus est, l'action récente de plusieurs gouvernements provinciaux commencent enfin à diriger le faisceau des projecteurs sur la santé mentale, mais il reste que le problème complexe et répandu de la maladie mentale et de la toxicomanie dans la société canadienne continue d'être négligé. La Commission canadienne de la santé mentale deviendra un centre de coordination national (*et non fédéral*) très attendu qui pourra veiller à ce que les questions de santé mentale alimentent les débats sociétaux sur les politiques gouvernementales au Canada et

³⁶⁷ Voir : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, (novembre 2004), Rapport 2 — *La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie : Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*. <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report2/repintnov04vol2-f.pdf>.

³⁶⁸ Quelques modifications mineures ont été apportées pour plus de clarté.

- accélérer l'élaboration et l'application de solutions efficaces aux problèmes de longue date qui affligent ce secteur.
- b) Les Canadiens les plus directement touchés sont les personnes atteintes de maladie mentale, leur famille, leurs amis et leurs employeurs. Mais quand on sait que, chaque année, une personne sur cinq souffrira de troubles mentaux, presque tous les Canadiens seront touchés, directement ou indirectement, par la maladie mentale ou la toxicomanie. La maladie mentale est véritablement une question d'intérêt national.
 - c) Aucun niveau de gouvernement ne dispose à lui seul des ressources nécessaires pour s'attaquer à l'ensemble des problèmes de santé mentale. La création d'une organisation nationale est une importante valeur ajoutée, surtout pour ce qui est d'échanger de l'information et de faciliter la collaboration d'un gouvernement à l'autre et entre les gouvernements et les intervenants.
 - d) Dans les secteurs tant public que privé, les problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont à l'origine d'une grande proportion des cas d'invalidité, d'absentéisme et de baisse de productivité. Les cas d'invalidité au travail associés à des troubles mentaux et à la toxicomanie augmentent plus rapidement que ceux qui sont associés à d'autres maladies et ont coûté aux entreprises canadiennes, selon les estimations, 18 milliards de dollars par an au cours des dernières années³⁶⁹. Les répercussions économiques et sociales sautent aux yeux et concernent tout le monde.
 - e) Dans chaque administration publique, qu'elle soit fédérale, provinciale, territoriale ou municipale, la responsabilité des questions de santé mentale est dispersée dans plusieurs ministères et organismes (santé, services sociaux, logement, etc.). Il est notoirement difficile de gérer des dossiers qui touchent plusieurs ministères; les moyens vraiment efficaces de le faire sont rares. La Commission canadienne de la santé mentale sera avantageuse pour tous les gouvernements en facilitant l'échange d'informations sur les meilleurs moyens d'aborder ce problème classique des responsabilités multiministérielles.
 - f) Il n'existe pas non plus de mécanisme facilement accessible aux intervenants du secteur de la santé mentale pour échanger des connaissances et diffuser de l'information sur les pratiques exemplaires d'un bout à l'autre du pays. Le Centre national d'échange des connaissances fera partie intégrante de la Commission canadienne de la santé mentale.
 - g) Les Canadiens doivent être mieux sensibilisés aux réalités des maladies mentales. Il faut les encourager à comprendre les personnes aux prises avec la maladie mentale et la toxicomanie et à faire preuve d'une plus grande tolérance à leur égard. Une campagne nationale s'impose donc pour combattre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale. La Commission canadienne de la santé mentale sera la mieux placée pour gérer cette campagne à l'échelle nationale.

³⁶⁹ Voir le chapitre 8, « Travail et emploi ».

Le Comité a envisagé d'autres solutions que la création d'une commission nationale, mais il a fini par conclure qu'aucune organisation existante n'a un mandat qui tient compte de la majorité des facteurs énoncés ci-dessus ou qui pourrait être modifié pour en tenir compte. À titre d'exemple, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a un mandat trop restreint pour s'occuper de toutes les questions de santé mentale qui intéressent le Comité. De plus, il n'a pas pour rôle de changer l'attitude du public.

Bien que le Conseil canadien de la santé soit l'organisme tout indiqué pour s'occuper de santé mentale, son président, Michael Decter, a dit au Comité que le Conseil est débordé de travail et ne pourra pas se consacrer efficacement au dossier de la santé mentale avant plusieurs années. Le Conseil a notamment pour mandat de surveiller le rendement de tous les systèmes publics de soins de santé. Il est expressément prévu que la Commission canadienne de la santé mentale proposée par le Comité n'aura *aucun* rôle à jouer dans la surveillance du rendement des services gouvernementaux de santé mentale et de toxicomanie.

Il apparaît clairement au Comité que la création d'une organisation nationale s'impose. Il faut toutefois souligner que la nouvelle Commission ne pourra contribuer à l'amélioration de la santé mentale des Canadiens que s'il existe, au niveau provincial et territorial, de solides structures et des gens motivés pour transformer les politiques, les connaissances et les idées en mesures concrètes sur le terrain. Il en est de même des services de santé mentale fournis par différentes entités fédérales, comme la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et le Service correctionnel du Canada³⁷⁰.

Ce que recherche le Comité, c'est que le travail de la nouvelle Commission vienne compléter, et non remplacer, celui qui est accompli par les structures et les personnes déjà en place aux niveaux fédéral, provincial et territorial.

Enfin, convaincu que les solutions structurelles aux problèmes ne doivent pas être permanentes, le Comité recommande que la Commission soit dissoute après dix ans d'existence.

16.2.2 Principes directeurs de la Commission canadienne de la santé mentale

La Commission devra :

- être une organisation autonome, sans but lucratif et sans lien de dépendance vis-à-vis des gouvernements et des « groupes d'intervenants » existants dans le domaine de la santé mentale;
- centrer ses activités sur les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille;
- compléter et enrichir les initiatives déjà en cours au Canada et éviter de faire double emploi avec les organisations qui s'occupent déjà de santé mentale;

³⁷⁰ Voir le chapitre 13, « Le rôle direct du fédéral », qui traite amplement du rôle du gouvernement fédéral dans la prestation de services de santé mentale aux groupes clients dont il a la responsabilité directe.

- établir des partenariats avec les gouvernements, les employeurs, les organismes de recherche et les fournisseurs de services en santé mentale, les autres organisations du secteur de la santé ainsi que les intervenants en santé mentale aux niveaux national et international;
- privilégier les politiques et les méthodes de prestation de services en santé mentale qui sont fondées sur des données probantes;
- examiner, évaluer et déclarer rigoureusement ses propres activités pour veiller à ce qu'elles demeurent appropriées et efficaces et pour maintenir sa crédibilité auprès des gouvernements, des intervenants avec qui elle collabore et la population canadienne.

16.2.3 Mission/mandat de la Commission

La mission de la Commission est la suivante :

- faciliter, permettre et soutenir une approche nationale des questions de santé mentale;
- exercer un effet catalyseur sur la réforme des politiques en santé mentale et l'amélioration des services;
- servir de centre national de coordination où converge une information objective et probante sur tous les aspects de la santé mentale et de la maladie mentale;
- être une source d'information pour les gouvernements, les intervenants et la population sur la santé mentale et la maladie mentale;
- sensibiliser tous les Canadiens à la santé mentale et accroître leurs connaissances sur la santé mentale, en particulier chez les personnes en situation d'autorité, comme les employeurs, les membres des professions de la santé et les enseignants;
- réduire la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille.

16.2.4 Fonctionnement de la Commission

Pour s'acquitter de sa mission, la Commission établira des relations concertées équivalant à des partenariats avec les gouvernements, les employeurs, les groupes d'intervenants en santé mentale, les associations professionnelles, les organismes de recherche et, tout spécialement, les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille. Elle nouera ces relations avec des organisations et des comités existants comme l'Institut canadien d'information sur la santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale et ses organismes membres, la Global Economic Roundtable on Mental Health and Addiction, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Agence de santé publique du Canada, les comités fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé mentale et la toxicomanie et d'autres organisations qui œuvrent dans le domaine.

Le travail de coordination et de collaboration réduira le dédoublement des efforts et facilitera la coopération entre tous les intervenants, surtout les gouvernements et les fournisseurs de services.

Pour remplir ses fonctions de collaboration, la Commission formera des comités consultatifs qui s'ajouteront aux partenariats. Elle décidera de leur nombre et de leur composition, mais l'existence de deux comités consultatifs sera obligatoire : l'un composé de représentants du gouvernement fédéral et de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et l'autre, de représentants des communautés autochtones du Canada³⁷¹.

La Commission viendra en aide aux gouvernements, aux employeurs et aux fournisseurs de services dans un esprit non conflictuel, en reconnaissant le caractère unique des circonstances dans lesquelles les politiques et les services de santé mentale se concrétisent dans chaque collectivité. Toutes les collectivités pourront toutefois tirer parti de l'expérience acquise ailleurs, surtout à la lumière du lien établi entre les soins primaires et communautaires et les services de santé mentale les plus efficaces, secteurs où l'information sur les pratiques exemplaires est particulièrement utile tant aux collectivités qui veulent améliorer l'efficacité de leurs propres services qu'aux gouvernements des provinces et des territoires.

16.2.5 Activités de la Commission

Les activités de la Commission se répartissent en six grandes catégories :

- a) *Développement d'une stratégie nationale de la maladie mentale*
 - Proposer des buts relativement à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie ainsi qu'un cadre d'élaboration d'un plan stratégique national permettant de les atteindre, étant donné que le plan doit :
 - tenir compte des plans fédéraux, provinciaux et territoriaux existants en santé mentale;
 - tenir compte du fait que la responsabilité gouvernementale en matière de santé mentale est en grande partie interministérielle (c.-à-d. qu'elle n'est pas exclusive aux ministères de la santé).
 - Informer les gouvernements, les intervenants et la population sur les questions de santé mentale (la section 16.2.9 explique les avantages d'une source d'information telle que la Commission pour les gouvernements).
 - Présenter un rapport annuel à la conférence fédérale-provinciale/territoriale des sous-ministres de la santé et des sous-ministres responsables des services sociaux (et d'autres ministres au besoin).

³⁷¹ Voir le chapitre 13, « Le rôle direct du fédéral », et le chapitre 14, « Les peuples autochtones du Canada », au sujet de l'importance de cette recommandation.

- Veiller à ce que les questions qui reçoivent l'attention de la Commission concordent avec les intérêts de son conseil et de ses comités, compte tenu de leur évolution au fil du temps.

b) Synthèse des connaissances pertinentes pour les appliquer au contexte canadien

- Établir des instruments de mesure, des indicateurs et des outils fiables et valables que les gouvernements et les autorités sanitaires peuvent utiliser pour contrôler le rendement de leur système de santé mentale au fil des ans.
- Établir des exigences repères pour différents types de services qui font partie de l'éventail complet des services de santé mentale.

c) Encouragement de la recherche

- Par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada, recueillir régulièrement des données sur la santé mentale des Canadiens et offrir aux chercheurs et aux gouvernements une base de données exhaustive sur son site Web.
- Encourager les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à soutenir la recherche sur les structures et/ou les mécanismes les plus aptes à offrir efficacement la gamme complète des services dont ont besoin les personnes aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie.
- Encourager les IRSC à soutenir la recherche sur les moyens de mesurer les résultats des services de santé mentale, afin que les gouvernements puissent évaluer le succès et l'efficacité de leurs programmes de santé mentale.

d) Collaboration, intégration et réseautage

- Appuyer la formation de consensus qui vise l'adoption des approches optimales au niveau du système et des meilleures pratiques cliniques et méthodes de prestation de services fondées sur des données probantes.
- Faciliter l'échange de connaissances entre les gouvernements et les groupes d'intervenants au sujet des approches efficaces, de l'évolution récente et des innovations.
- Promouvoir l'intégration des soins primaires et d'autres types de services, comme les traitements secondaires et tertiaires et les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- Stimuler la collaboration entre les intervenants en toxicomanie et en santé mentale en vue d'améliorer les services offerts aux nombreux toxicomanes qui souffrent aussi d'une maladie mentale.
- Donner des renseignements sur les moyens les plus efficaces et efficaces d'intégrer les services destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants.

- Travailler de concert avec les employeurs et d'autres organisations, comme la Table ronde des entreprises sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, en vue de concevoir des programmes visant à réduire le fardeau de la maladie mentale et de la toxicomanie pour ceux qui en souffrent et pour l'économie.

e) *Éducation et sensibilisation du public*

- Mettre en œuvre un programme national contre la stigmatisation en vue de sensibiliser les Canadiens aux réalités de la maladie mentale et, en définitive, d'éliminer la stigmatisation et toutes les formes de discrimination contre les personnes aux prises avec la maladie mentale et leur famille.
- Organiser des campagnes de communication ciblées sur des aspects précis de la maladie mentale (p. ex. les signes de dépression grave) et pour des publics particuliers (p. ex. les enfants d'âge scolaire).
- Sensibiliser les Canadiens aux moyens d'optimiser leur santé mentale et celle de leurs proches.
- Promouvoir la santé mentale de la population et la prévention de la maladie mentale et de la toxicomanie.
- Parrainer des activités telles que des conférences, des séminaires et un programme de distinctions annuelles pour souligner le mérite des gens qui font preuve d'un leadership exceptionnel dans le domaine de la santé mentale.

f) *Échange de connaissances*

- Créer un centre d'échange des connaissances basé sur Internet pour assurer la diffusion de l'information sur la santé mentale.
- Publier des études, des rapports et d'autres documents sur la santé mentale.
- Suivre l'évolution des politiques et des services de santé mentale à l'échelle nationale et internationale et, le cas échéant, intégrer les renseignements obtenus dans le site Web du Centre d'échange des connaissances.
- Faire en sorte que le Centre d'échange des connaissances soit accessible aux personnes atteintes de maladie mentale, à leur famille, aux soignants, aux employeurs, aux chercheurs, aux gouvernements et aux autres intervenants.
- Dans le site web du Centre d'échange des connaissances, établir des liens avec les sites pertinents exploités par les gouvernements provinciaux et les groupes d'intervenants.

La Commission impartira une partie du travail à contrat et accomplira l'autre partie elle-même pour le compte de diverses institutions canadiennes et internationales, notamment des gouvernements et des organisations non gouvernementales.

Il faut souligner que la Commission aura un caractère consultatif et facilitateur, et *non pas* opérationnel, mis à part certains travaux de recherche et projets compatibles avec sa mission.

Plus précisément, la Commission n'exercera *pas* les fonctions suivantes :

- Fournir elle-même des services, sauf la gestion du Centre d'échange des connaissances et de la campagne nationale contre la stigmatisation ou dans le contexte de ses activités à contrat pour d'autres institutions.
- Surveiller le rendement des services de santé mentale gouvernementaux. Elle reconnaîtra explicitement que chaque gouvernement a des services de santé mentale qui correspondent à ses caractéristiques particulières.

16.2.6 Composition du conseil de la Commission

La Commission sera constituée en vertu d'une loi fédérale ou d'un autre texte officiel (p. ex. acte constitutif d'une société sans but lucratif).

Deux principes doivent être respectés dans la composition du conseil d'administration :

- Premièrement, comme l'indiquent les principes directeurs énoncés plus haut, la Commission sera « sans lien de dépendance vis-à-vis des gouvernements et des groupes d'intervenants existants dans le domaine de la santé mentale ». Par conséquent, aucun groupe d'intervenants, même un gouvernement, ne pourra avoir la majorité des sièges au conseil.
- Deuxièmement, pour plus d'efficacité, il faudra limiter la taille du conseil. On s'assurera de la contribution suffisante de tous les groupes d'intervenants en faisant bon usage des comités consultatifs (y compris le comité consultatif gouvernemental fédéral-provincial/territorial et le comité consultatif des Autochtones dont il a été question plus haut).

Ces deux contraintes, combinées aux précédents établis pour la composition des conseils d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Institut canadien de la sécurité du patient, amènent le Comité à recommander que le conseil de la Commission canadienne de la santé mentale soit composé de 19 membres, dont le tiers environ représenteraient les gouvernements et les deux tiers environ n'auraient pas de lien avec un gouvernement.

Par conséquent, le conseil d'administration de la Commission sera composé :

- a) de cinq membres nommés par les gouvernements provinciaux, soit un des provinces de l'Atlantique, un du Québec, un de l'Ontario et deux des provinces de l'Ouest;
- b) d'un membre nommé conjointement par les trois gouvernements territoriaux;
- c) d'un membre nommé par le gouvernement fédéral;

- d) de onze membres choisis par les sept membres issus des gouvernements, pour représenter divers intervenants en santé mentale, notamment les personnes atteintes de maladie mentale, leur famille, les soignants, les fournisseurs de services, les professionnels de la santé et les employeurs. Aucun de ces onze membres ne peut représenter une organisation en particulier et chacun d'eux doit être largement reconnu comme représentatif du milieu de la santé mentale en général;
- e) d'un président qui ne représente pas un gouvernement (le commissaire canadien de la santé mentale), choisi par les sept membres issus des gouvernements.

Les membres du conseil exerceront des mandats de trois ans renouvelables une fois. Tous, y compris le commissaire, occuperont leur charge à temps partiel.

16.2.7 Personnel de la Commission

Le personnel à temps plein de la Commission, qui comptera au départ de 25 à 30 personnes, relèvera d'un directeur exécutif.

16.2.8 Financement de la Commission

Tout le financement (dont le montant est étudié actuellement par le Comité) sera assuré par le gouvernement fédéral. Le budget consistera en :

- un financement de base pour le conseil, le personnel et les activités de la Commission;
- des fonds « réservés » pour l'établissement et la gestion du Centre d'échange des connaissances;
- des fonds « réservés » pour la sensibilisation du public, la campagne contre la stigmatisation et les autres campagnes d'information.

16.2.9 Annexe

Chaque gouvernement a une foule de problèmes à surmonter dans ses efforts pour améliorer les services destinés aux personnes atteintes de maladie mentale. Certains de ces problèmes sont propres à un gouvernement, mais de nombreux autres sévissent partout. C'est à l'égard de ces derniers que la Commission peut jouer un rôle utile pour tous les gouvernements, en les informant sur les méthodes qui se sont avérées les plus efficaces dans d'autres provinces et d'autres pays (autrement dit sur les pratiques exemplaires) et en évitant ainsi à chacun de devoir lui-même recueillir et évaluer l'information.

Voici quatre exemples qui illustrent ce raisonnement :

a) Décisions sur les investissements stratégiques

Pour bien planifier la transformation des services de santé mentale à l'échelle provinciale, régionale et communautaire, il est crucial que les gouvernements

disposent d'une information probante sur les pratiques les plus efficaces ailleurs au Canada et dans d'autres pays industrialisés. Sans cette information, les gouvernements ne peuvent guère se défendre contre les pressions qu'on leur fait subir pour qu'ils adoptent des politiques et des pratiques fondées uniquement sur des données non scientifiques ou des modes passagères.

En recueillant de l'information et en évaluant les pratiques utilisées ailleurs, la Commission assurera le leadership nécessaire à l'établissement d'un consensus naturel sur les pratiques exemplaires.

b) Soins primaires et services communautaires

Dans tout le pays, on expérimente de nouvelles façons d'intégrer les services de santé mentale dans des cliniques multidisciplinaires de soins primaires et d'offrir des services communautaires. L'évaluation de l'efficacité de ces expériences et la comparaison des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes seront très utiles tant aux gouvernements qu'aux fournisseurs de services.

c) Maladie mentale chronique

Les gens qui souffrent de maladie mentale chronique ont besoin de différents services, dont plusieurs (logements sociaux, par exemple, et divers programmes de soutien du revenu et de formation) ne sont pas offerts par les ministères de la santé. Étant donné que ces services relèvent généralement de différents ministères, souvent il n'existe pas de mécanisme, ou du moins pas de mécanisme tout indiqué, pour coordonner l'éventail des services dont une même personne a besoin. Puisqu'aucun ministère n'a la responsabilité exclusive d'une personne souffrant de maladie mentale, même un gestionnaire de cas combatif — à n'en pas douter un des éléments de la solution — aura de la difficulté à travailler avec plusieurs ministères. Le problème est d'autant plus ardu que certains de ces services, comme les logements sociaux, n'ont plus la cote dans les milieux politiques depuis quelques années.

La Commission aidera les gouvernements de deux façons :

- premièrement, en évaluant les mécanismes utilisés ailleurs pour coordonner efficacement la prestation de services multiministériels destinés à un même client et en proposant des options aux gouvernements;
- deuxièmement, en déterminant les lacunes dans les services nécessaires et en encourageant les gouvernements à les combler.

d) Ressources humaines en santé mentale

Il est bien connu qu'une grave pénurie de ressources humaines existe dans tous les services de santé mentale. Il est admis, aussi, que les programmes existants de formation (et de perfectionnement des travailleurs en place) ont besoin d'être modifiés.

À titre d'exemple :

- Peu de travailleurs en santé mentale ont la formation nécessaire pour aider les personnes qui souffrent de troubles concomitants. Souvent, on traite les problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez une même personne l'un à la suite de l'autre, ce qui est rarement efficace parce que les problèmes sont reliés. La solution consiste à apporter de gros changements dans la formation des travailleurs.
- Les infirmières praticiennes et les autres infirmières ont besoin d'une formation plus poussée sur les moyens d'aider les personnes atteintes de maladie mentale et de dépister les troubles concomitants. Il faut pour cela modifier les programmes d'études, ce qui est toujours très long et difficile. Les familles ont aussi besoin d'une formation analogue, mais dans un cadre communautaire.
- Il faut modifier les règles régissant ce secteur d'activité pour que les cliniques de soins primaires multidisciplinaires deviennent le principal point d'entrée du système de santé mentale transformé. La résistance aux changements est inévitable.
- L'évaluation des compétences requises pour fournir différents services de santé mentale permettra d'établir des prévisions exactes sur le nombre de travailleurs en santé mentale qui seront nécessaires dans les différentes catégories au Canada.

La Commission renforcera la capacité des gouvernements d'apporter des changements semblables à ceux qui sont décrits ci-dessus, en sa qualité d'organisation informée et autorisée qui exerce des pressions au niveau national et garde son indépendance par rapport aux gouvernements, aux groupes d'intérêts, aux fournisseurs de services et aux responsables des programmes de formation et de sensibilisation destinés aux travailleurs en santé mentale.

16.3 MISE EN ACTIVITÉ DE LA COMMISSION

Comme indiqué précédemment, le ministre Dosanjh a, le 24 novembre 2005, annoncé que le gouvernement du Canada et les ministres de la santé des provinces et des territoires, exception faite du Québec, avaient souscrit à la création de la Commission canadienne de la santé mentale et que le gouvernement du Canada avait consenti à financer ce nouvel organisme. De l'avis du Comité, il est essentiel d'agir rapidement; aussi recommande-t-il :

107

Que la Commission canadienne de la santé mentale soit constituée et entre en activité d'ici le 1^{er} septembre 2006.

Que les principes directeurs, le mandat, le mode de fonctionnement et les activités de la Commission canadienne de la santé mentale correspondent à la description donnée aux sections 16.2.2 à 16.2.5 du présent rapport.

Que la composition du conseil d'administration de la Commission et de son personnel corresponde à la description donnée aux sections 16.2.6 et 16.2.7 du présent rapport.

Que le gouvernement du Canada affecte 17 millions de dollars par an au fonctionnement et aux activités de la Commission; de ce montant, 5 millions de dollars par an seraient consacrés à une campagne nationale contre la stigmatisation, 6 millions de dollars par an à la création du Centre d'échange des connaissances et 6 millions de dollars par an au fonctionnement de la Commission.

16.4 AUTRES COMMENTAIRES SUR LA CRÉATION DE LA COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

16.4.1 Nature de la « représentation » au sein de la Commission

Le Comité tient à formuler quelques autres observations sur le mode de sélection qu'il envisage pour les membres du conseil d'administration de la Commission canadienne de la santé mentale et sur la nature de leur rôle.

La composition du conseil d'administration a été pensée de manière à encourager les politiques et les mesures de sensibilisation innovatrices qui permettront d'améliorer grandement les conditions de vie des personnes aux prises avec la maladie mentale à l'échelle du pays. Le Comité et les gouvernements provinciaux qu'il a consultés jugent important d'inclure, parmi les membres issus des gouvernements, un représentant des trois territoires, en grande partie à cause de leurs fortes populations autochtones. C'est, pour le Comité, un moyen de faire passer les intérêts des peuples autochtones du Canada à l'avant-plan des priorités de la Commission.

Il sera crucial de réaliser un équilibre dans la sélection des douze administrateurs non issus des gouvernements. Le Comité est convaincu que ces administrateurs ne doivent pas être des « représentants » d'une organisation ou d'un groupe d'intervenants en particulier ni être vus comme tels.

Il sera évidemment essentiel que tous les groupes d'intervenants transmettent l'ensemble de leurs opinions et de leur expertise non seulement aux divers comités consultatifs que la Commission créera, mais aussi au conseil d'administration même. Toutefois, il faudra

absolument que les membres du conseil évitent de se considérer, ou d'être considérés, comme les représentants d'un des groupes d'intérêts spécialisés qui font maintenant partie intégrante du réseau de la santé mentale. Il n'y a pas de place au conseil pour le cloisonnement qui est encore trop courant dans l'organisation et la prestation des services de santé mentale. Les membres du conseil doivent être en mesure de considérer le système dans son ensemble et d'en faire le centre de leurs préoccupations.

Pour la Commission, la clé du succès consistera à prendre en considération un large éventail de points de vue et à les synthétiser pour établir un programme général cohérent qui permettra d'améliorer les conditions de vie des personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie dans tout le Canada. Il faudra choisir attentivement les représentants non gouvernementaux du conseil pour qu'ils apportent une grande variété d'expériences mais puissent quand même évaluer l'action à mener en priorité dans une perspective nationale.

Assurément, le conseil aura besoin parmi ses membres de gens qui connaissent bien les différents horizons de la santé mentale. Il devra accueillir, d'abord et avant tout, des personnes aux prises avec la maladie mentale et des membres de leur famille. Il devra aussi compter des personnes qui connaissent, par expérience, les problèmes touchant les Autochtones et les besoins des enfants et des jeunes, ainsi que des fournisseurs de services de la profession médicale et de l'extérieur et des experts du plus grand nombre possible de secteurs de la santé mentale.

Les représentants de tous ces horizons pourront aussi fournir un apport à la Commission par le truchement des comités consultatifs qui seront créés. Le Comité estime que, de cette façon, la Commission pourra avoir accès à la gamme complète des opinions qu'elle a besoin de connaître pour adapter ses initiatives aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale, sans être obligée de s'appuyer sur une structure tellement lourde qu'elle ne puisse plus s'acquitter de son mandat.

16.4.2 Campagne contre la stigmatisation

Dans son premier rapport sur la santé mentale, le Comité a consacré un chapitre entier à la stigmatisation et à la discrimination³⁷². À maintes reprises, les témoins ont dit au Comité qu'un effort systématique pour réduire la stigmatisation et combattre la discrimination s'imposait afin d'améliorer la situation des personnes atteintes de maladie mentale.

Au cours des audiences tenues dans différentes régions du pays, cet argument a été repris par Jean-Pierre Galipeault, de The Empowerment Connection :

Tous les efforts déployés dans l'élaboration d'une politique de santé mentale, pour la réforme du système et pour la participation du bénéficiaire et des membres de la famille seront vains si on ne fait pas

³⁷² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, (novembre 2004), Rapport 1 — *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, chapitre 3.

*d'efforts pour aborder les problèmes de la stigmatisation et de la discrimination*³⁷³.

Pour le Comité, l'organisation d'une campagne soutenue contre la stigmatisation est l'un des éléments clés du mandat de la Commission canadienne de la santé mentale. Il incombera à la Commission de préciser la façon de monter cette campagne, mais le Comité juge important de résumer ses propres conclusions sur la question.

Dans son premier rapport, le Comité a cité Heather Stuart, professeure à l'Université Queen's, qui soulignait l'importance de bien choisir les interventions de lutte contre la stigmatisation. Voici ce qu'elle a dit au Comité :

*En ce qui concerne les interventions de lutte contre la stigmatisation, comment arrêter ce phénomène et la discrimination? Nous apprenons de l'Association mondiale de psychiatrie qu'il n'y a pas de solution unique. C'est une perte de temps et d'énergie de se lancer dans une vaste campagne d'éducation du public destinée à améliorer l'alphabétisation comme intervention d'anti-stigmatisation car les couches de la population ont des points de vue différents*³⁷⁴.

M^{me} Stuart a aussi fait ressortir les liens entre plusieurs dimensions du travail de lutte contre la stigmatisation. Elle a indiqué au Comité qu'en ce qui a trait au choix judicieux des interventions, il s'est avéré important de toucher les gens à un niveau émotionnel autant qu'intellectuel et de mettre à contribution des personnes aux prises avec la maladie mentale :

*Lorsque nous avons parlé de cibler les choses, nous essayions de cibler les expériences. Nous avons réfléchi que nous devions les amener à un niveau émotionnel. Nous devions les amener à se rendre compte que tout leur système de croyances était quelque peu injustifié. L'une des meilleures façons de le faire a consisté à construire des situations dans lesquelles les malades mentaux pouvaient rencontrer des gens qui n'avaient peut-être jamais rencontré une personne atteinte d'une maladie mentale, dans des situations contrôlées et constructives. Ces personnes ont parlé de leur maladie mentale. Elles ont transmis des renseignements factuels mais, élément plus important, elles ont transmis des informations à un niveau humain. C'est ce qui a fait la différence*³⁷⁵.

Tara Marttinen a repris ce point de vue en faisant part au Comité de son expérience des discussions qu'elle a eues au sujet de sa maladie :

³⁷³ 9 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁷⁴ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, (novembre 2004), Rapport 1 — *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, chapitre 3.

³⁷⁵ *Ibid.*

[...] je me suis entretenue avec toute une diversité de personnes et de groupes au sujet de ma maladie. Comme je suis saine, que je m'exprime bien et que l'on peut m'approcher, les gens sont généralement plus réceptifs pour en apprendre au sujet de la maladie et j'essaie, personnellement, de battre les obstacles que constitue la stigmatisation que l'on rencontre souvent chez les gens. Je recommande donc très fortement de mettre en œuvre un programme des ambassadeurs en santé mentale qui ne fasse pas appel à des bénévoles. Je pense que ce genre de fonction devrait être rémunérée et que l'application de ce programme devrait permettre d'éliminer une partie des stigmates que doivent endurer une grande partie des gens souffrant de maladie mentale³⁷⁶.

Jean-Pierre Galipeault a dit au Comité que ce genre d'effort doit être fait au niveau local et sur une longue période.

Il y a la bonne vieille méthode du porte-à-porte, que je commence à appeler la méthode « un quartier à la fois ». Il y a quelques années, la directrice d'un programme de santé mentale du centre-ville de Dartmouth m'a demandé ce que nous pouvions faire pour que les bénéficiaires soient perçus comme des citoyens à part entière. Je crois [qu'une] partie de la réponse, c'est que ceux d'entre nous qui œuvrons dans ce domaine ont la responsabilité de donner un coup de main à cet égard. Je lui ai dit de tracer un rayon de un quartier ou de deux quartiers à partir du centre du programme et de tenir une assemblée publique locale, et de demander aux bénéficiaires d'y assister et de parler aux citoyens de ce secteur. Je lui ai dit de commencer par aller frapper aux portes, distribuer des dépliants, inviter les gens à sortir et leur dire de quelle façon les bénéficiaires contribuent au mieux-être économique de ces quartiers ainsi qu'à la mosaïque culturelle de cette collectivité. On travaille dans ces deux quartiers pendant quelques mois, ou une année, et ensuite, on passe à deux autres quartiers. Je pense que c'est une méthode longue et lente, mais je crois que ça fait partie de la solution³⁷⁷.

Plusieurs témoins ont signalé qu'il était important de débloquer des ressources dans l'ensemble du pays pour ce genre de campagne. L'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, a indiqué au Comité :

La stigmatisation est plus difficile à éliminer et n'est pas visée par la Loi sur les droits de la personne, contrairement à la discrimination. À cet égard, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan. Les campagnes de lutte contre la stigmatisation et de marketing social

³⁷⁶ 16 février 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/06evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁷⁷ 9 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evb-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

sont coûteuses et les frais s'y rattachant dépassent souvent les ressources financières de notre province. Il serait de loin préférable que toutes les provinces et les territoires participent et lancent des campagnes essentiellement semblables. En règle générale, on peut adapter ces campagnes à chaque province et territoire du Canada. De plus, c'est un domaine dans lequel le gouvernement fédéral a fait preuve de compétence et de leadership — en ce qui a trait au tabac, par exemple — et dans lequel les initiatives fédérales seraient profitables à toutes les provinces et à tous les territoires³⁷⁸.

Reid Burke, directeur exécutif de l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Île-du-Prince-Édouard, a fait ressortir la nécessité de mener des campagnes contre la stigmatisation qui s'étendent sur une longue période et de promouvoir la possibilité de rétablissement :

La solution, c'est le marketing social et le changement des attitudes. Ça ne se fera pas avec une seule campagne. ParticipAction a pris de dix à quinze ans, et tout le monde a maintenant une bonne compréhension de l'importance de la bonne forme physique. Si nous voulons appeler cela la « bonne forme mentale » ou le « mieux-être mental », il faudra un effort concerté dans ce pays pour consacrer des fonds au marketing social qui normalise la santé mentale. Je ne pense pas que cela éliminera les effets dévastateurs de la maladie, mais nous devons semer l'espoir, tout autant que favoriser la guérison et la résilience³⁷⁹.

Le Comité a été très impressionné par les initiatives du gouvernement australien qui ont pour but de sensibiliser les gens aux réalités de la maladie mentale et de combattre la stigmatisation. Il estime tout particulièrement que nous avons beaucoup à apprendre de la société privée sans but lucratif appelée *beyondblue*, qui a été créée en octobre 2000 en vue de mieux faire connaître la dépression. Financée par le gouvernement australien, cette société fonctionne en partenariat avec les services de santé, les écoles, les milieux de travail, les universités, les médias et les organismes communautaires, ainsi qu'avec les personnes qui souffrent de dépression, profitant ainsi de l'expertise en la matière et des expériences personnelles du problème³⁸⁰.

³⁷⁸ 11 mai 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/15evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁷⁹ 16 juin 2005, http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/22evc-f.htm?Language=F&Parl=38&Ses=1&comm_id=47.

³⁸⁰ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, (novembre 2004), Rapport 2 — *La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie : Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, chapitre 1, p. 19. <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report2/repintnov04vol2-f.pdf>.

Dans son plan pour les années 2005 à 2010, *beyondblue* signale ce qui suit :

- En tant qu'organisation nationale indépendante, *beyondblue* peut déborder du cadre de la politique et des stratégies gouvernementales pour exercer son influence dans les États, les territoires, les collectivités locales et dans toute l'Australie régionale et rurale. *beyondblue* établira de nouveaux programmes et élargira les programmes existants pour répondre aux besoins prioritaires qui se font jour au niveau national dans la prévention, le traitement et la connaissance de la dépression, de l'anxiété et des problèmes connexes de consommation d'alcool et de drogue.
- Au chapitre de la dépression, *beyondblue* dispose de ressources collectives nationales plus importantes que celles de n'importe quel État australien. Il est financièrement avantageux pour les gouvernements de tous les États et territoires de collaborer avec *beyondblue* pour leurs stratégies de promotion, de prévention et d'intervention précoce. Le rendement du site Web et des programmes nationaux est supérieur aux résultats du travail mené séparément par les gouvernements des États et des territoires.
- Les États et les territoires bénéficient déjà de la compréhension accrue de la dépression suscitée par les programmes nationaux de sensibilisation de *beyondblue*, sa bonne réputation auprès des médias et de la population et son site Web, qui offre une collection de feuillets d'information, un guide d'auto-évaluation interactif en ligne au sujet de la dépression, un centre des médias et des liens utiles³⁸¹.

M. Dermot Casey, secrétaire adjoint, Priorités sanitaires et Prévention du suicide, au ministère de la Santé et du Vieillissement du gouvernement de l'Australie a dit au Comité que les diverses initiatives prises par l'Australie ont permis d'accroître d'environ 10 points de pourcentage les connaissances de la population australienne sur la maladie mentale depuis 1996. Il a aussi indiqué ceci :

*[...] nos données sur les prises de contact avec les hôpitaux et sur des prises de contact avec les services de santé révèlent que la proportion de la population qui cherche à obtenir des soins est plus grande qu'au moment où nous avons réalisé notre étude épidémiologique. Nous pourrions en conclure qu'au moins les gens sont maintenant plus prêts à chercher un traitement [...]*³⁸²

³⁸¹ *Beyondblue, The Way Forward 2005 — 2010.*

http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=2.18&tmp=FileDownload&fid=88 [traduction].

³⁸² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, (novembre 2004), *Rapport 2 — La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie : Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, chapitre 1, p. 20. <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report2/repintnov04vol2-f.pdf>.

Une étude récente des répercussions de *beyondblue* confirme l'évaluation de M. Casey :

Les données confirment que *beyondblue* a eu un effet positif sur certaines opinions au sujet du traitement de la dépression, et plus particulièrement le counselling et la médication, et de l'utilité de demander de l'aide en général. Ces résultats donnent à penser que les campagnes nationales de sensibilisation sont efficaces pour améliorer les connaissances de la population en santé mentale. Ils démontrent aussi l'utilité possible d'un suivi de l'acquisition des connaissances auprès de la population³⁸³.

Six points se dégagent par conséquent pour l'organisation d'une campagne contre la stigmatisation au Canada. Les données recueillies montrent clairement que, pour être efficace, une campagne contre la stigmatisation doit :

1. cibler des publics bien précis;
2. se dérouler sur une longue période;
3. à la fois sensibiliser les gens aux réalités de la maladie mentale et susciter leur participation à un niveau émotionnel;
4. donner un rôle de porte-parole à des personnes atteintes de maladie mentale;
5. mettre l'accent sur les possibilités de rétablissement et valoriser la contribution positive des personnes atteintes de maladie mentale aux collectivités locales;
6. affecter des ressources nationales qui peuvent être adaptées aux situations régionales et locales.

D'après le Comité, ces leçons devraient orienter la Commission canadienne de la santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre de la campagne de lutte contre la stigmatisation dont elle a été chargée.

16.4.3 Centre d'échange des connaissances

Comme indiqué plus haut, la deuxième grande tâche à laquelle la Commission canadienne de la santé mentale s'attellera est la création d'un centre d'échange des connaissances. De nombreux témoins ont souligné la nécessité de cette mesure.

De plus, en octobre 2005, le Comité a reçu de trois chercheurs émérites une proposition détaillée qui contenait des recommandations très proches de ses propres intentions. Les

³⁸³ A. Jorm., H. Christensen et K. Griffiths, (2005), « The impact of *beyondblue*: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, p. 253 [traduction].

observations qui suivent sont tirées de la proposition de Goering, Goldner et Lesage³⁸⁴ et viennent étoffer la proposition du Comité exposée plus haut sur la création de la Commission (voir la section 16.2.1).

Les auteurs préconisent l'établissement d'un « réseau canadien d'application des connaissances sur les services de santé mentale », dont les fonctions ressemblent beaucoup à celles du Centre d'échange des connaissances et aux fonctions apparentées de la Commission décrites dans la proposition du Comité. Le réseau serait :

une ressource nationale spécialisée qui faciliterait l'application des connaissances sur les services de santé mentale, et notamment l'utilisation des synthèses d'études et des pratiques exemplaires concernant l'organisation et la prestation des services de prévention, de traitement, de réadaptation et de soutien en santé mentale dans tout le pays [...] Le réseau faciliterait l'échange des meilleures informations disponibles sur les services de santé mentale entre les producteurs et les utilisateurs de ces informations au Canada. Il aiderait à traduire les résultats de la recherche en politiques et en pratiques « arrimées » à la réalité³⁸⁵.

En s'appuyant sur une analyse de plusieurs organisations canadiennes (dont le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada), les auteurs ont constaté que « plusieurs personnes et organisations au Canada participent d'une façon ou d'une autre à l'application des connaissances sur les services de santé mentale, mais cette fonction n'est généralement pas leur principale activité » et qu'« il n'y a pas actuellement d'effort national investi tout spécialement dans la fonction d'application des connaissances sur les services de santé mentale³⁸⁶ ».

Selon le Comité, la meilleure façon d'exercer cette fonction est de la confier à une « organisation neutre, qui n'est pas liée à un mandat en cours ni guidée par les intérêts d'un groupe d'intervenants, sauf en ce qui concerne l'application des connaissances »³⁸⁷. Cette organisation produirait « des synthèses d'études, des rapports nationaux et des relevés de pratiques exemplaires sur l'organisation et la prestation de services de prévention, de traitement, de réadaptation et de soutien en santé mentale »³⁸⁸ à l'intention des gouvernements, des fournisseurs, des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille.

³⁸⁴ P. Goering, E. Goldner et A. Lesage, (octobre 2005), proposition présentée au Comité par Research in Addictions and Mental Health Policy Services, Canadian Mental Health Services Knowledge Translation Network.

³⁸⁵ *Ibid.*, p. 4 [traduction].

³⁸⁶ *Ibid.*, p. 8 [traduction].

³⁸⁷ *Ibid.* [traduction].

³⁸⁸ *Ibid.*, p. 3 [traduction].

Les auteurs formulent l'observation suivante :

L'application judicieuse des connaissances requiert aussi l'expertise nécessaire pour déterminer ce qui constitue des connaissances valables et la capacité de concevoir et de mettre en pratique des méthodes optimales de transfert et d'utilisation du savoir. L'expertise dans le domaine des services de santé mentale est vitale étant donné les problèmes particulièrement difficiles et complexes auxquels le secteur est confronté : stigmatisation, discrimination et faible visibilité auprès du public³⁸⁹.

À cette fin, il y aurait lieu de « pousser » les résultats de la recherche vers les utilisateurs, de faire en sorte qu'il soit plus facile de « tirer » l'information de la base de données de l'organisation et de faciliter les échanges entre ceux qui « poussent » et ceux qui « tirent », de façon à obtenir ce qui suit :

« Pousser » les résultats de la recherche vers les utilisateurs :

- résultats de recherche pertinents et de qualité supérieure dans le domaine de la prévention et des services de santé mentale;
- nouveaux résumés ou synthèses d'études sur les services de santé mentale;
- nouveaux rapports nationaux sur l'état du système de santé mentale;
- nouveaux rapports nationaux sur la santé mentale des Canadiens;
- nouveaux relevés de pratiques exemplaires pour les services de santé mentale;
- trousse d'outils permettant d'évaluer la fidélité et les résultats des programmes.

Faire en sorte qu'il soit plus facile de « tirer » l'information :

- base de données renfermant des synthèses, des rapports nationaux et des relevés de pratiques exemplaires;
- évaluation des besoins en connaissances sur les services de santé mentale;
- développement des capacités par la formation et la sensibilisation des utilisateurs, c.-à-d. planificateurs et décideurs aux niveaux fédéral, provincial et territorial, dirigeants de fournisseurs de services et d'organisations communautaires et défenseurs des personnes atteintes de maladie mentale.

Faciliter les échanges entre ceux qui « poussent » et ceux qui « tirent » :

- service de consultation rapide sur les questions prioritaires d'après les meilleures informations disponibles;

³⁸⁹ *Ibid.*, p. 9 [traduction].

- symposiums, séminaires et ateliers d'information qui facilitent l'échange de connaissances;
- portail Internet complet qui favorise l'échange de connaissances³⁹⁰.

Le Comité pense, comme les auteurs, que le Centre d'échange des connaissances devrait « collaborer avec les organisations existantes des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et de l'extérieur pour éviter le double emploi et veiller à ce que ses efforts apportent une valeur ajoutée »³⁹¹.

Les auteurs signalent avec raison que de nombreuses tâches devraient être *exclues* du mandat du Centre :

- financer et entreprendre des projets de recherche;
- reconstituer des connaissances, des données ou de l'information existantes;
- reconstituer des ressources et des outils existants qui servent au transfert des connaissances (p. ex. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé);
- gérer des bases de données de recherche;
- offrir un service 1-800 à des personnes qui veulent avoir accès à des services de santé mentale;
- orienter la défense des intérêts du système et des bénéficiaires et fournisseurs de services;
- mettre en pratique les connaissances (mettre en œuvre les politiques ou les services aux niveaux provincial, régional, local et individuel)³⁹².

Le Comité est d'avis que la Commission nationale de la santé mentale devrait s'inspirer de ces observations en établissant le Centre d'échange des connaissances.

16.5 NÉCESSITÉ D'UN INVESTISSEMENT FÉDÉRAL EN SANTÉ MENTALE

Comme indiqué au chapitre 5, il serait très avantageux d'accélérer la transition vers un système qui repose sur des services communautaires de santé mentale. Les études recensées dans ce chapitre montrent que les soins communautaires donnent de meilleurs résultats dans le domaine de la santé mentale³⁹³ et que le traitement en milieu communautaire peut améliorer l'accès aux soins tout en rendant le système de santé mentale plus viable. Les soins

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 11.

³⁹¹ *Ibid.*, p. 5 [traduction].

³⁹² *Ibid.*, p. 12.

³⁹³ Voir le chapitre 5, « Vers un réseau de services transformé ».

communautaires facilitent en outre la participation des personnes atteintes de maladie mentale, de leur famille, des services communautaires et des organismes de santé bénévoles à l'organisation et au fonctionnement du système.

Surtout, les services communautaires de santé mentale favorisent le rétablissement des personnes souffrant de maladie mentale en leur donnant plus d'autonomie et d'indépendance. Celles-ci acquièrent la capacité de vivre en société avec un minimum d'intervention de la part des services officiels et apprennent à prendre leurs propres décisions dans toute la mesure du possible.

Malgré ces avantages, nous avons vu au chapitre 5 que le mouvement en faveur d'un système de services communautaires n'est pas fermement implanté. Dans bien des cas, il y a eu désinstitutionnalisation sans la mise en place du soutien communautaire requis. Résultat, beaucoup trop de personnes aux prises avec la maladie mentale se sont retrouvées en prison et dans des refuges pour sans-abri, au point où les prisons et les refuges sont devenus les hôpitaux psychiatriques du 21^e siècle. Autrement, ce sont les familles qui assument le fardeau.

Une partie du problème réside dans la difficulté établie de financer les coûts de la transition entre les soins en établissement et les soins communautaires. Pendant la période de transition, l'ancien système doit continuer de fonctionner jusqu'à ce que le nouveau soit en place. Comme il l'a expliqué au chapitre 5, le Comité estime que, pour mener à bien cette transition, il faudra que le gouvernement fédéral effectue un investissement ciblé qui prendrait la forme d'un fonds de transition en santé mentale.

De l'avis du Comité, le Fonds de transition en santé mentale (FTSM) devrait avoir deux grandes composantes : le Panier de services communautaires (PSC), qui aiderait les provinces et les territoires à fournir des services aux personnes atteintes de maladie mentale au sein de la collectivité, et l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale (IALSM), qui affecterait des fonds fédéraux à la construction de nouvelles unités de logement abordable et à des programmes de suppléments au loyer de façon à ce que les personnes atteintes de maladie mentale puissent louer un logement convenable aux prix du marché alors qu'elles ne pourraient pas le faire autrement.

Ces deux mesures, à l'instar de la Commission canadienne de la santé mentale, seraient abolies au bout de dix ans; elles ne créeraient pas de nouvelles obligations de financement illimité pour le gouvernement fédéral.

En ce qui a trait au Panier de services communautaires, les études montrent que le coût du soutien et du traitement est à peu près le même en milieu communautaire que dans un système qui repose sur les services en établissement³⁹⁴. Autrement dit, après que le nouveau système aura trouvé sa vitesse de croisière, les provinces et les territoires pourront le financer au même coût que l'ancien système, ce qui permettra au gouvernement fédéral de se retirer du dossier. Pour sa part, l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale a un objectif précis : éliminer la discrimination dont les personnes atteintes de maladie mentale sont

³⁹⁴ *Ibid.*

victimes à l'égard du logement abordable; cette initiative viendra aussi à échéance au bout de dix ans.

Comme il l'a indiqué au chapitre 5, le Comité a minutieusement rédigé ses recommandations de manière à ce que le Fonds de transition en santé mentale soit véritablement un fonds de *transition*. Il vise uniquement à supporter les frais occasionnés par la transition d'un système de services de santé mentale à un autre, qui au bout du compte coûtera la même chose. En ce sens, il diffère de nombreuses autres initiatives fédérales qui sont aussi censées être des fonds de transition, par exemple le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Trop souvent, ces initiatives fédérales entraînent la création de nouveaux programmes qui doivent être soit financés par de nouveaux fonds provinciaux, soit abandonnés lorsque cesse le financement fédéral à qui ils doivent leur existence. Elles imposent des obligations financières permanentes aux gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit verser les fonds nécessaires pour accélérer la transformation des services de santé mentale. C'est pourquoi il a formulé les recommandations suivantes au chapitre 5 :

108

Que le gouvernement du Canada crée un Fonds de transition en santé mentale pour accélérer la transition vers un système où la prestation des services en santé mentale se fera essentiellement dans la collectivité.

Que les sommes versées dans ce fonds soient mises à la disposition des provinces et des territoires au prorata de la population et que la gestion du Fonds soit confiée à la Commission canadienne de la santé mentale dont la création a été entérinée par tous les ministres de la Santé à l'exception de celui du Québec.

Que le Fonds serve à financer des activités :

- qui autrement n'auraient pas vu le jour, c'est-à-dire qu'elles représentent un surcroît de dépenses par rapport aux dépenses courantes augmentées de la hausse annuelle normale des dépenses globales de santé;
- qui faciliteront la transition vers l'établissement d'un système reposant essentiellement sur la prestation des services en santé mentale dans la collectivité.

Que, dans le contexte du Fonds de transition en santé mentale, le gouvernement du Canada lance une Initiative d'aide au logement pour la santé mentale afin de financer la construction de logements abordables et des programmes de suppléments au loyer pour donner aux personnes atteintes de maladie mentale les moyens de louer un appartement au taux du marché.

- **Que, dans la gestion du volet logement du Fonds de transition en santé mentale, la Commission canadienne de la santé mentale travaille en étroite collaboration avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement.**

L'existence d'un fonds de transition qui vient s'ajouter aux sommes que les provinces et les territoires consacrent actuellement à la santé mentale *ne doit pas* nuire à l'amélioration de la productivité dans la prestation des services. Elle ne doit pas non plus dissuader les intervenants en santé mentale d'utiliser les deniers publics aussi efficacement que possible. Le Comité juge important que les ministères de la santé aient accès aux économies découlant des gains de productivité de façon à pouvoir les investir dans tout le système de santé au lieu de les réserver au secteur de la maladie mentale et de la toxicomanie.

16.5.1 Gestion du Fonds de transition

Le Comité croit fermement que la Commission canadienne de la santé mentale devrait gérer le Fonds de transition en santé mentale. La Commission sera une organisation véritablement nationale dotée d'une expertise unique en santé mentale. Elle pourra consulter tous les intervenants sur les meilleurs moyens d'utiliser les sommes à bon escient et pourra collaborer avec les provinces et les territoires pour déterminer les caractéristiques du Fonds et la façon de l'administrer et de le mettre en œuvre.

Comme indiqué au chapitre 5, la Commission ne déciderait pas de l'utilisation des sommes tirées du Panier de services communautaires, mais s'assurerait qu'elles servent à faciliter la transition vers des services communautaires (équipes de suivi intensif dans la communauté, programmes de gestion du sevrage à domicile et services de gestion des cas graves et d'intervention en cas de crise) et à augmenter le montant que les provinces et les territoires dépenseraient autrement pour les services de santé mentale. C'est à dessein que le Comité n'a pas spécifié les programmes qui entreraient dans le Panier de services communautaires. Autrement dit, il n'a pas essayé d'établir la liste complète des services pouvant bénéficier du Fonds de transition en santé mentale.

Au chapitre 5, le Comité a expliqué les nombreuses raisons qui l'ont poussé à adopter cette approche non directive. Sa décision tient en partie au fait qu'il n'a pas l'expertise nécessaire pour déterminer les programmes à financer. De plus, il faut prendre en compte la diversité des réalités régionales et locales : les besoins sont tellement variés et les ressources réparties si différemment qu'aucun organisme national n'est bien placé pour décider dans le détail des services qui méritent d'être financés. Dans le présent rapport, le Comité ne fait que donner des exemples de services qui, à son avis, pourraient bénéficier du Fonds de transition.

Le Comité estime également que l'affectation des sommes aux provinces et aux territoires devrait se faire en fonction de la population. Dans les territoires, l'accès aux services de santé communautaires pose un problème particulier, car la faible population est dispersée dans de vastes régions éloignées.

Le gouvernement fédéral a reconnu l'existence de ces difficultés à la réunion des premiers ministres de septembre 2004 en établissant le Fonds d'accès aux soins de santé dans les

territoires (150 millions de dollars sur cinq ans). Le Comité est conscient de la situation et des besoins propres aux territoires. Selon lui, ils devraient recevoir des sommes supplémentaires pour que les services communautaires de santé mentale puissent être offerts aux populations éloignées. Le Comité recommande donc :

109	Que le gouvernement fédéral verse aux territoires une somme supplémentaire qui viendrait s'ajouter à l'affectation provenant du Fonds de transition en santé mentale, calculée au prorata de la population, en vue de les aider à répondre aux besoins des collectivités éloignées, isolées et non urbaines.
-----	---

Le Comité constate en outre que certaines des petites provinces ont soulevé des préoccupations analogues au sujet du financement au prorata de la population. Il estime que, dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard, il faudrait examiner attentivement la possibilité de rajuster le niveau de financement au prorata de la population de manière à ce que la province reçoive assez de fonds pour réaliser la transition vers les services communautaires de santé mentale.

Comme le Comité l'a fait observer au chapitre 5, le gouvernement fédéral, les intervenants et les Canadiens en général sont en droit de savoir que les sommes provenant du Fonds de transition en santé mentale : a) sont affectées à des projets communautaires de santé mentale; b) servent à augmenter le montant total que chaque gouvernement consacre à l'amélioration de la santé mentale et au traitement des maladies mentales. L'objectif est que le Fonds de transition serve à faciliter la transformation du système de santé mentale, et non à remplacer les sommes que dépensent déjà les provinces et les territoires.

Le Comité comprend que les provinces et les territoires ne sont pas favorables à l'idée de faire rapport au gouvernement fédéral ou à une organisation nationale sur leur gestion des dépenses en matière de santé. Il est toutefois convaincu de la nécessité de rendre compte, d'une façon ou d'une autre, de l'utilisation des sommes provenant du Fonds. C'est pourquoi il recommande :

110	Que l'utilisation des sommes provenant du Fonds de transition en santé mentale fasse l'objet d'une vérification externe, menée par les vérificateurs généraux des provinces, pour que les dépenses soient conformes aux deux objectifs du Fonds de transition, à savoir : <ul style="list-style-type: none">a) financer les projets communautaires de santé mentale;b) augmenter le montant total que chaque gouvernement consacre à l'amélioration de la santé mentale et au traitement des maladies mentales.
-----	---

La vérification externe permettra aussi de voir si les sommes provenant du Fonds de transition demeurent séparées du reste du système de santé. En aidant les ministres et les sous-ministres de la santé des provinces et des territoires à résister aux pressions internes exercées par leur gouvernement, cette séparation empêchera les sommes du Fonds de transition en santé mentale de disparaître dans le système des soins actifs.

16.5.2 Calcul estimatif du coût total du Panier de services communautaires

À l'heure actuelle, nous ne disposons pas de données fiables sur ce qu'il en coûterait pour transformer le système de santé mentale axé sur les soins en établissement en un système de type communautaire. Pour bien évaluer les coûts, il faudrait effectuer une analyse fondée sur les besoins non seulement dans chaque province et territoire, mais aussi dans les différentes régions des provinces et territoires, étant donné que les services offerts et les besoins non satisfaits varient grandement d'une collectivité à l'autre.

Le « système » de santé mentale est diversifié et fragmenté; la plupart des services sont indépendants les uns des autres. Il devient donc très difficile d'évaluer, même à peu près, les besoins et les insuffisances du système. Dans ce contexte, le Comité s'est appuyé sur le travail d'autres organisations pour établir une estimation raisonnable de la valeur d'un fonds de transition valable.

En 2000, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a constitué neuf groupes de travail régionaux chargés de recommander des améliorations dans les services de santé mentale de la province; il a recommandé entre autres la restructuration du réseau des hôpitaux psychiatriques, une stratégie de réinvestissement et une réforme des services de santé mentale³⁹⁵. Le groupe de travail de Toronto-Peel, comme les autres groupes régionaux, a présenté une série de recommandations sur l'éventail complet des services de santé mentale³⁹⁶. Il a également évalué globalement ce qu'il en coûterait pour transformer le système de santé mentale de sa région³⁹⁷.

L'estimation dont le Comité s'est servi repose sur les travaux de ce groupe. Au lieu d'essayer d'établir le coût de chaque recommandation, le groupe de travail de Toronto-Peel a évalué « selon un ordre de grandeur » la hausse du financement de base requise pour les services de santé mentale de sa région. Il a conclu que, pour réaliser une transformation satisfaisante, il fallait un investissement d'environ 245 millions de dollars sur cinq ans.

Le groupe de travail de Toronto-Peel a mené une des rares études systématiques et détaillées sur les besoins du système de santé mentale au Canada qui ait évalué les coûts de la transformation du système. Le Comité n'ignore pas que le secteur visé est essentiellement

³⁹⁵ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, (1999), *Franchir les étapes*.

³⁹⁶ Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force, (décembre 2002), *The Time Has Come: Make it Happen — A mental health action plan for Toronto-Peel*.

³⁹⁷ Beaucoup de régions ont eu du mal à déterminer avec justesse le niveau de financement actuel des soins de santé mentale, et l'information qu'elles ont recueillie indiquait une importante disparité régionale, en Ontario, entre les niveaux de financement au prorata de la population.

urbain et qu'il combine une région assez bien desservie, Toronto, à l'une des régions les plus mal desservies de l'Ontario dans le domaine des services de santé mentale, Peel.³⁹⁸

Qui plus est, la région de Toronto-Peel est très diversifiée sur le plan socioéconomique. Le groupe de travail a dû mettre en balance les lacunes et les besoins en ressources de chaque partie de cette région. De même, il appartiendrait à chaque province et territoire de déterminer où le besoin de services se fait le plus sentir et où il serait préférable d'allouer des ressources supplémentaires. Le Comité estime que l'évaluation des coûts effectuée par le groupe de travail de Toronto-Peel est un instrument de base utile pour calculer les besoins généraux du système de santé mentale au Canada.

Afin de déterminer la valeur globale du Fonds de transition pour l'ensemble des provinces et des territoires, le Comité a, par extrapolation, déduit le montant nécessaire pour tout le pays à partir des données démographiques de la région de Toronto-Peel. En 2001, année du dernier recensement, Toronto-Peel regroupait 30,42 p. cent de la population de l'Ontario, et l'Ontario avait 38,02 p. cent de la population canadienne. Par extrapolation, le montant total dont le Canada a besoin serait de 2,148 milliards de dollars.

Le groupe de travail de Toronto-Peel a demandé que le montant supplémentaire soit réparti sur cinq ans. Le Comité estime, pour deux raisons, qu'il serait préférable de répartir la valeur du Fonds de transition sur dix ans :

- D'abord, en raison de la pénurie de ressources humaines et de logements supervisés dans le secteur de la santé mentale, le système ne pourrait pas bien absorber toute la valeur du Fonds de transition en l'espace de cinq ans.
- Ensuite, il est irréaliste de penser que le gouvernement fédéral aura les moyens de combler les lacunes dans le financement des services en l'espace de seulement cinq ans.

Le Comité juge qu'une période de transition de dix ans est réaliste, bien qu'il reconnaisse qu'il ne sera peut-être pas possible de mettre en place d'un seul coup tous les programmes requis. Il pourrait être nécessaire d'y aller graduellement et d'accroître le financement au fil du temps. C'est pourquoi le Comité recommande :

111	Que le Panier de services communautaires, un des éléments du Fonds de transition en santé mentale, soit doté d'un budget moyen de 215 millions de dollars par an sur une période de dix ans, pour un total de 2,15 milliards de dollars.
-----	---

C'est beaucoup d'argent, mais ce total est bien inférieur au montant estimatif de 2,7 milliards de dollars que le gouvernement de l'Ontario dépense à lui seul pour les soins de santé

³⁹⁸ Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force, (décembre 2002), *The Time Has Come: Make it Happen — A mental health action plan for Toronto-Peel*, p. 314.

mentale chaque année³⁹⁹ ou aux 14,4 milliards de dollars qu'ont coûté la maladie mentale et les problèmes de consommation de drogue et d'alcool au Canada en 1998⁴⁰⁰.

16.5.3 Initiative d'aide au logement pour la santé mentale

Le chapitre 5 a expliqué en détail que le manque de logements à prix abordable est un des principaux problèmes auxquels sont confrontées les personnes atteintes de maladie mentale. Comme ces personnes n'ont souvent que peu de revenu, voire aucun, elles sont souvent forcées de vivre dans des quartiers où sévissent la criminalité, le trafic de drogue et la violence. Pour leur part, les sans-abri auraient des problèmes de santé mentale dans une proportion de 30 à 40 p. cent⁴⁰¹.

Selon les données fournies par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, 15 p. cent de la population canadienne ne dispose pas d'un logement abordable, suffisamment grand et de qualité acceptable⁴⁰². La situation est bien pire pour les personnes aux prises avec la maladie mentale : c'est le cas de 27 p. cent d'entre elles (quelque 140 000)⁴⁰³. Autrement dit, les personnes souffrant de maladie mentale sont presque deux fois plus nombreuses que le Canadien moyen à avoir des besoins en logement non satisfaits. Le Comité est d'avis qu'il s'agit de discrimination à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale.

D'après l'Association canadienne pour la santé mentale, le nombre de logements abordables créés par le gouvernement du Canada est passé de 24 000 à 940 entre 1980 et 2000⁴⁰⁴. Dans beaucoup de villes, les gens qui dépendent d'un programme public de soutien du revenu n'ont pas les moyens de se payer un logement de qualité à prix abordable. Par exemple, en Colombie-Britannique, les bénéficiaires de prestations d'invalidité ou d'aide sociale reçoivent 325 \$ par mois pour le logement alors que le loyer moyen dépasse 600 \$ par mois à Vancouver; même les logements délabrés en maison de chambres coûtent en moyenne 350 \$ par mois.

³⁹⁹ Provincial Forum of Mental Health Implementation Task Forces, (2002), Final Report—The Time is Now: Themes and Recommendations for Mental Health Reform in Ontario, p. 62.

⁴⁰⁰ Le montant de 14,4 milliards de dollars représente la somme de 6,3 milliards de dollars en coûts directs et d'environ 8,1 milliards de dollars en coûts indirects des soins de santé liés à des décès prématurés et à la perte de productivité. Voir : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, (novembre 2004), Rapport 1 — Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, p. 110.

⁴⁰¹ Voir le chapitre 5, « Vers un réseau de services transformé ».

⁴⁰² Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, « un ménage éprouve des besoins impérieux de logement lorsqu'il n'est pas en mesure de se trouver un logement conforme aux normes de taille, de qualité et d'abordabilité. Ces normes ont été corrigées avec le temps en fonction des attentes des Canadiens en matière de logement. L'abordabilité, qui est un des éléments définissant les besoins impérieux de logement, se rapporte à un plafond de 30 p. cent du revenu d'un ménage consacré aux frais de logement ». Voir : Société canadienne d'hypothèques et de logement, (non daté), Logement abordable. http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/faq/faq_002.cfm.

⁴⁰³ Société canadienne d'hypothèques et de logement, (7 octobre 2005), lettre au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

⁴⁰⁴ Association canadienne pour la santé mentale, (avril 2005), *Répondre aux besoins des citoyens du Canada en matière de santé mentale*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Le Comité a conclu de façon non équivoque au chapitre 5 qu'il faut accroître : l'offre de logements à prix abordable; les subventions permettant de louer des appartements existants aux prix du marché; les services de soutien pour faciliter la vie dans la collectivité.

Il est essentiel que la nette augmentation des services de soutien destinés aux personnes atteintes de maladie mentale se fasse dans le cadre d'une initiative d'aide au logement qui s'adresse à la même clientèle. Autrement, le programme ne pourra pas atteindre ses objectifs. Par conséquent, tous ces services devront être financés dans le volet Panier de services communautaires du Fonds de transition en santé mentale.

Le gouvernement fédéral a commencé à réinvestir dans le logement abordable, principalement par l'intermédiaire de la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Récemment, il a prolongé l'Initiative nationale pour les sans-abri, qui finance des services communautaires tels que des refuges d'urgence et des centres d'accueil. Il a aussi établi le Programme d'aide à la remise en état des logements, qui aide financièrement les ménages à faible revenu, les personnes handicapées et les Autochtones à entreprendre des travaux pour rendre leur logement conforme aux normes de salubrité et de sécurité et qui facilite la réparation de centres d'hébergement pour les victimes de violence familiale et l'adaptation du domicile de personnes âgées à faible revenu⁴⁰⁵.

En outre, dans le cadre de l'Initiative en matière de logement abordable, le gouvernement fédéral s'est entendu avec les provinces et les territoires pour partager les coûts de construction de nouvelles unités de logement abordable et pour offrir des suppléments au loyer aux ménages à faible revenu. Il ne dispose toutefois pas de programmes d'aide au logement conçus expressément pour les personnes souffrant de maladie mentale.

Le Comité juge inexcusable le manque de logements convenables et abordables pour les personnes atteintes de maladie mentale. Il est consternant de voir que ces personnes sont presque deux fois plus nombreuses (27 p. cent) que la population en général (15 p. cent) à avoir besoin d'un logement. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, pour réduire ce chiffre à la moyenne nationale il faudrait qu'environ 56 500 personnes atteintes de maladie mentale aient accès à une forme ou une autre de logement abordable⁴⁰⁶.

Idéalement, le Comité aimerait que tous les Canadiens aient accès à un logement abordable, mais ce n'est pas un objectif réaliste à court terme. Il veut toutefois que cesse la discrimination exercée actuellement contre les personnes souffrant de maladie mentale. C'est pourquoi il a recommandé la création de l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, qui formerait un volet du Fonds de transition en santé mentale. C'est aussi pour cette raison que le Comité a recommandé la mise en chantier de 57 000⁴⁰⁷ nouvelles unités de logement abordable.

⁴⁰⁵ Société canadienne d'hypothèques et de logement, (22 novembre 2005), communiqué : Les programmes nationaux de rénovation et des sans-abri ont été prolongés.

⁴⁰⁶ Société canadienne d'hypothèques et de logement, (7 octobre 2005), lettre au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

⁴⁰⁷ Chiffre arrondi provenant de l'estimation de 56 500 fournie par la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Les personnes atteintes de maladie mentale n'ont pas toutes les mêmes besoins. Certaines manquent de services de soutien, alors que d'autres, plus autonomes, ont du mal à trouver un logement convenable. Le Comité estime qu'un programme servant à répondre à leur besoin impérieux de logement devrait réserver 60 p. cent de ses fonds à des subventions au loyer et 40 p. cent à la construction de nouvelles unités de logement.

Le Comité estime également que l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale devrait cibler au départ les subventions au loyer en raison de l'urgence d'agir pour remédier à la pénurie de logements⁴⁰⁸. L'Initiative s'inspirerait des programmes existants d'aide au logement, et ses coûts seraient partagés avec les provinces à l'exemple des projets actuels de logements supervisés destinés entre autres aux sans-abri.

Le Comité est tellement convaincu de l'urgence de remédier à la pénurie de logements qu'il recommande que le gouvernement fédéral paie la totalité des subventions au loyer pendant les trois premières années. On donnerait ainsi le coup d'envoi au programme tout en se laissant du temps pour conclure des ententes avec les provinces et les territoires.

Plus précisément, le Comité recommande qu'au cours des trois premières années de l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, 80 p. cent des personnes bénéficiant d'un logement reçoivent un supplément au loyer de 6 020 \$ la première année et 4 250 \$ chacune des années suivantes. Les 20 p. cent qui restent s'installeraient dans des unités nouvellement construites au coût de 75 000 \$ l'unité⁴⁰⁹. La proportion de suppléments au loyer et d'unités neuves passerait à 60 p. cent et à 40 p. cent, respectivement, au cours de la 4^e à la 7^e année, et à 40 p. cent et 60 p. cent, respectivement, au cours de la 8^e à la 10^e année.

Le tableau ci-dessous montre que le coût total s'élèverait à 2,24 milliards de dollars sur dix ans, pour un coût annuel moyen de 224 millions de dollars.

⁴⁰⁸ Le gouvernement a déjà des ententes de partage des coûts avec les provinces et les territoires pour les suppléments au loyer et la construction d'unités de logement abordable. Voir : Société canadienne d'hypothèques et de logement, (7 octobre 2005), lettre au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

⁴⁰⁹ Le coût des unités neuves est calculé en fonction d'une contribution fédérale représentant la moitié du coût, jusqu'à concurrence de 75 000 \$. Il est probable que le coût réel des unités neuves sera beaucoup moindre.

Tableau : Analyse des coûts de l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale

Année	Nbre d'unités neuves	Coût des unités neuves	Nbre de nouveaux suppléments au loyer	Coût des nouveaux suppléments au loyer	Nbre de suppléments au loyer qui continuent d'être versés	Coût des suppléments au loyer qui continuent d'être versés	Coût total des suppléments au loyer	Coût annuel total	Nbre de personnes qui n'ont plus de besoin impérieux de logement
1	1 129	84,675	4 520	27,210	0	0,000	27,210	111,885	5 649
2	1 129	84,675	4 520	27,210	4 250	19,210	46,420	131,095	11 295
3	1 129	84,675	4 520	27,210	9 040	38,420	65,630	150,305	16 947
4	2 260	169,500	3 388	10,198	13 560	28,815	39,013	208,513	22 595
5	2 260	169,500	3 388	10,198	16 948	36,015	46,212	215,712	28 243
6	2 260	169,500	3 388	10,198	20 336	43,214	53,412	222,912	33 891
7	2 260	169,500	3 388	10,198	23 724	50,414	60,611	230,111	39 539
8	3 388	254,100	2 258	6,800	27 112	57,613	64,413	318,513	45 186
9	3 388	254,100	2 259	6,797	29 371	62,413	69,210	323,310	50 832
10	3 388	254,100	2 258	6,797	31 629	67,212	74,008	328,108	56 478
Total	22 591	1694,325	33 887	142,815		403,325	546,140	2 240,465	

Source : Données fournies par la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Tous les coûts sont en millions de dollars.

L'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale s'appuierait sur des politiques de logement et des pratiques exemplaires en matière de logements supervisés, elles-mêmes fondées sur des données probantes. Il faudrait aussi envisager des approches innovatrices de la part des gouvernements, des autorités sanitaires et des organisations sans but lucratif, par exemple le regroupement de leurs subventions en vue de former des partenariats avec des locataires pour l'achat de logements. Ces approches pourraient aider à affronter les réalités économiques que représente la hausse des loyers et des dépenses en capital.

Le Comité recommande donc :

- | | |
|-----|--|
| 112 | <p>Que le gouvernement du Canada investisse 2,24 milliards de dollars sur dix ans dans l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, qui ferait partie du Fonds de transition en santé mentale.</p> <p>Que le but de l'Initiative soit de faire en sorte que la proportion de personnes atteintes de maladie mentale qui ont besoin d'un logement abordable de qualité et de taille convenables, actuellement de 27 p. cent, soit ramenée à la moyenne nationale des gens qui ont le même besoin (15 p. cent), en permettant à 57 000 personnes atteintes de maladie mentale d'avoir accès à un logement abordable.</p> |
|-----|--|

Que, pendant la durée de l'Initiative, 60 p. cent de ses fonds servent à verser des suppléments au loyer à des personnes atteintes de maladie mentale qui ne pourraient pas autrement se payer un logement au prix du marché, et 40 p. cent soient destinés à la construction de nouvelles unités de logement abordable.

Que, pour que le plus grand nombre de personnes possible bénéficie d'une aide immédiate, 80 p. cent des fonds disponibles soient affectés aux suppléments au loyer pendant les trois premières années de l'Initiative et que, durant cette période, le gouvernement fédéral assume la totalité de ces suppléments, après quoi ce coût sera partagé selon les ententes existantes entre le fédéral, les provinces et les territoires.

Que soient encouragées des approches innovatrices de la part des gouvernements, des autorités sanitaires et des organisations sans but lucratif, comme le regroupement de subventions en vue de former des partenariats avec des locataires pour l'achat de logements.

Qu'au terme des dix ans d'existence de l'Initiative, la Société canadienne d'hypothèques et de logement soit mandatée pour faire en sorte que le pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale qui ont besoin d'un logement abordable de qualité et de taille convenables équivaille à celui de la population en général.

16.5.4 Autres éléments du Fonds de transition

Le Comité croit qu'en plus du Panier de services communautaires et de l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, plusieurs éléments majeurs devraient faire partie du Fonds de transition.

16.5.4.1 Initiatives axées sur les problèmes de consommation d'alcool et de drogue, les comportements dépendants et les troubles concomitants

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada, étude épidémiologique nationale récente de la consommation d'alcool et de drogue et des comportements dépendants dans l'ensemble du pays, montre qu'environ 3,5 millions de Canadiens ont un important problème de consommation d'alcool, 2,1 millions, de cannabis et 330 000, d'autres drogues illicites⁴¹⁰. Pour beaucoup d'entre eux, les problèmes de consommation et les comportements dépendants ont des effets très graves qui se traduisent par des préjudices et des souffrances considérables. Les données sur la morbidité et la mortalité révèlent que la consommation d'alcool et de drogue est à l'origine de taux de suicide élevés, de morts accidentelles et d'invalidités (y compris celles associées aux accidents de la route), de comportements violents et d'activités criminelles, de maladies physiques et de la transmission de maladies

⁴¹⁰ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (novembre 2005), mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

infectieuses comme l'hépatite C, la tuberculose, le VIH et le sida. Une étude réalisée en 1996 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, évaluait à 18,4 milliards de dollars le coût économique estimatif des problèmes de consommation pour l'année 1992 au Canada, chiffre qui incluait les coûts directs des soins de santé et de l'application de la loi et les coûts indirects occasionnés par la perte de productivité⁴¹¹.

Les services publics de prévention, de traitement et de soutien pour les problèmes de consommation et la dépendance sont principalement fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans la catégorie des services de santé généraux. Idéalement, un large éventail de services coordonnés existerait pour les problèmes de consommation, tel que celui décrit dans le récent plan-cadre du gouvernement de la Colombie-Britannique, *Every Door is the Right Door: A British Columbia Framework to Address Problematic Substance Use and Addiction*⁴¹² :

- *Promotion de la santé et prévention primaire*, ce qui comprend des activités de prévention générales et ciblées
- *Prévention secondaire et intervention précoce*, ce qui comprend des activités de prévention indiquée, de dépistage précoce et de traitement précoce
- *Traitement standard et maîtrise de soi avec certaines mesures de soutien*
- *Traitement intensif et réadaptation et soutien de longue durée.*

Il faudrait aussi des programmes conçus pour répondre aux besoins de groupes donnés, comme les personnes âgées, les jeunes et les Autochtones, en vue de prévenir et de traiter de façon optimale l'alcoolisme et la toxicomanie. Des mesures s'imposent aussi pour d'autres comportements dépendants, comme le jeu compulsif.

Dans la plupart des régions du pays, il n'existe pas d'éventail complet de services visant les problèmes de consommation et les comportements dépendants. Il est impossible d'obtenir une bonne évaluation du total des fonds alloués par les provinces et les territoires à ces services, car ils sont intégrés aux coûts généraux des soins de santé. Il n'existe pas non plus de statistiques nationales sur le nombre de Canadiens participant à des programmes de traitement des toxicomanies. Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, une somme annuelle d'environ 400 millions de dollars est consacrée actuellement aux services de traitement des problèmes de consommation d'alcool et de drogues à l'échelle du pays⁴¹³. Il ressort d'une étude épidémiologique nationale menée

⁴¹¹ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (1996), *Les coûts de l'abus de substances au Canada*.

⁴¹² Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, (2004), *Every Door is the Right Door: A British Columbia Framework to Address Problematic Substance Use and Addiction*.

⁴¹³ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (2005), *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada*.

récemment par Statistique Canada qu'une faible proportion seulement des personnes qui ont un problème de consommation et un comportement dépendant reçoivent un traitement⁴¹⁴.

La relation entre les services de santé mentale (p. ex. traitement pour la dépression, les troubles anxieux et les troubles schizophréniques) et les services de toxicomanie (p. ex. traitement de l'alcoolisme, gestion du sevrage, traitement à la méthadone pour les toxicomanies opiacées et programmes d'échange de seringues) a fait l'objet de beaucoup de discussions et de débats au Canada. Depuis plusieurs décennies, les services de santé mentale et les services de toxicomanie sont administrés séparément; ils en sont venus à reposer sur des conceptions divergentes du traitement, à utiliser des terminologies distinctes et à former des « cultures » différentes qui sont souvent en conflit.

La maladie mentale et les problèmes de consommation vont souvent de pair. Des études montrent que 30 p. cent des personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale connaîtront aussi des problèmes de consommation dans leur vie, et 37 p. cent de celles qui ont un problème d'alcool (et 53 p. cent qui ont un problème de drogue) sont aux prises avec une maladie mentale⁴¹⁵.

Le « choc des cultures » entre les services de santé mentale et les services de toxicomanie engendre de sérieuses difficultés pour la clientèle, en particulier celle qui souffre de troubles concomitants. En raison des méthodes de traitement divergentes, la clientèle reçoit souvent des renseignements et des avis qui manquent de cohérence et prêtent à confusion. Il est courant qu'une personne soit exclue des services de santé mentale si elle admet une toxicomanie. De même, des clients sont souvent exclus de programmes de traitement des toxicomanies s'ils admettent prendre des antidépresseurs.

Des efforts pour mieux intégrer les services de santé mentale et de toxicomanie sont en cours dans bon nombre de villes canadiennes. La plupart des clients sont favorables à ce changement, mais ce n'est pas le cas de certains fournisseurs. Les responsables du traitement des toxicomanies disent souvent craindre la « médicalisation » des services; pour leur part, les responsables de la santé mentale craignent que les symptômes de leurs clients soient mal interprétés et incorrectement traités. À bien des endroits, les fournisseurs de services des deux groupes bénéficient d'une formation conjointe pour pouvoir traiter avec plus d'assurance les maladies mentales, les problèmes de consommation ou les troubles concomitants. Des provinces et territoires ont intégré l'administration des services de santé mentale et des services de toxicomanie alors que d'autres ont conservé des structures administratives distinctes.

La Stratégie canadienne antidrogue⁴¹⁶ est une initiative coordonnée par le gouvernement fédéral qui vise à réduire les méfaits de la consommation de stupéfiants, de substances contrôlées, d'alcool et de médicaments d'ordonnance. Elle englobe des programmes d'éducation, de prévention et de promotion de la santé, ainsi que des mesures renforcées

⁴¹⁴ Statistique Canada, (2004), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2.

⁴¹⁵ W. Skinner, C. O'Grady, C. Bartha, et C. Parker, (2004), *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : Guide d'information*, Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

⁴¹⁶ Pour plus de renseignements, voir : Santé Canada, (octobre 2005), Stratégie canadienne antidrogue. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html.

d'application de la loi. Elle met à contribution plusieurs ministères fédéraux, les gouvernements des provinces et des territoires, des organismes qui s'occupent de toxicomanie et des organisations non gouvernementales, comme le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Le gouvernement fédéral a affecté 245 millions de dollars sur cinq ans à la Stratégie, soit une moyenne de 49 millions de dollars par an⁴¹⁷.

Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral doit faire davantage pour s'attaquer aux problèmes de consommation, aux comportements dépendants et aux troubles concomitants. Plus précisément, il estime que le gouvernement fédéral devrait verser un montant supplémentaire de 50 millions de dollars pour les services destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants. Le Comité recommande donc :

113	Que le gouvernement du Canada inclue dans le Fonds de transition 50 millions de dollars par an, qui seraient versés aux provinces et aux territoires pour des programmes et services de proximité, de traitement et de prévention destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants. Comme pour le reste du Fonds de transition, cette somme serait gérée par la Commission canadienne de la santé mentale, mais, dans ce cas-ci, en collaboration étroite avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, les provinces, les territoires et d'autres intervenants.
-----	---

Avec en plus les fonds de la Stratégie antidrogue, la somme supplémentaire de 50 millions de dollars offrira une excellente occasion d'améliorer les services de prévention et de traitement pour les personnes qui ont des troubles concomitants. À noter qu'en 2004-2005, le gouvernement fédéral a perçu près de 1,3 milliard de dollars en droits d'accise sur l'alcool; ses dépenses dans la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie représentent moins de 4 % des recettes tirées de ces taxes.⁴¹⁸

16.5.4.2 Télésanté mentale⁴¹⁹

Comme indiqué au chapitre 12, la télésanté mentale présente d'énormes possibilités, en particulier parce que le diagnostic psychiatrique repose davantage sur la communication verbale et non verbale que sur un examen physique. Un des avantages de la télésanté mentale le plus souvent mentionnés est la possibilité d'accroître l'accès aux services de santé généraux dans les localités rurales et éloignées, et tout spécialement aux services de santé mentale. C'est particulièrement important pour les communautés autochtones du Nord qui n'ont pas accès, ou à peu près pas, à des services psychiatriques.

⁴¹⁷ Santé Canada, (mai 2003), La Stratégie canadienne antidrogue. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2003/2003_34bk1_f.html.

⁴¹⁸ Receveur général du Canada, (2005), *Comptes publics du Canada*, 2005, section 4.7. Ce montant ne comprend pas la TPS perçue sur la vente de boissons alcoolisées.

⁴¹⁹ Voir le chapitre 12, « La télésanté mentale au Canada », qui donne plus de détails sur le sujet.

Le financement des services de télésanté mentale est surtout assuré par les gouvernements provinciaux et territoriaux. La totalité des provinces et des territoires ont fait l'expérience de la télésanté mentale, et certains ont déjà commencé à mettre en œuvre des programmes en dépit des coûts initiaux élevés. Le Comité juge important que le gouvernement fédéral aide à l'établissement de la télésanté mentale dans l'ensemble du pays.

Une fois l'infrastructure en place, les provinces et les territoires devraient constater que les économies réalisées grâce à l'implantation de la télésanté mentale (réduction des frais de transport et d'autres coûts) suffisent à financer la prestation des services. Le Comité a recommandé au chapitre 12 que le gouvernement fédéral aide les provinces à opérer la transition vers cette situation stable. Il recommande donc :

114	Que le gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires 2,5 millions de dollars par an pour les aider à concrétiser leurs plans de télésanté mentale. Cette somme ferait partie du Fonds de transition en santé mentale et serait administrée par la Commission canadienne de la santé mentale.
-----	---

16.5.4.3 *Soutien par les pairs*

Au chapitre 10, le Comité a démontré l'importance considérable de l'entraide et du soutien par les pairs pour les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille. Le Comité est conscient des difficultés financières auxquelles se heurtent beaucoup d'organisations qui offrent ce type de service au pays. C'est pourquoi il a recommandé au chapitre 10 que soit établi un fonds national désigné visant à assurer un financement stable pour les programmes existants de soutien par les pairs, à lancer de nouveaux programmes et à bâtir un réseau d'entraide et de soutien par les pairs. Le Comité recommande donc :

115	Que le gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires 2,5 millions de dollars par an pour des programmes d'entraide et de soutien par les pairs. Cette somme ferait partie du Fonds de transition en santé mentale et serait administrée par la Commission canadienne de la santé mentale.
-----	--

16.6 RECHERCHE

Tout en s'intéressant aux diverses composantes du Fonds de transition, le Comité réitère son appui à la recherche. La recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie est d'une importance capitale et peut grandement améliorer les conditions de vie des Canadiens concernés. C'est pourquoi le Comité a recommandé au chapitre 11 :

116	<p>Que le gouvernement fédéral engage immédiatement 25 millions de dollars supplémentaires par an pour la recherche sur les aspects de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie touchant les essais cliniques, les services de santé et la santé de la population.</p> <p>Que ces fonds soient administrés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies sous l'autorité d'un conseil multilatéral et en consultation avec la Commission canadienne de la santé mentale.</p> <p>Que ces 25 millions de dollars s'ajoutent au financement actuellement fourni aux IRSC.</p>
-----	---

16.7 FINANCEMENT DU SOUTIEN FÉDÉRAL À LA SANTÉ MENTALE

Le Comité a toujours pensé que la conduite la plus avisée, quand on recommande que le gouvernement fédéral dépense plus dans un secteur donné, est de suggérer les moyens de financer la mise en œuvre des recommandations. Il a adopté cette approche dans son rapport final d'octobre 2002 sur le système de soins actifs (hôpitaux et médecins), où il a recommandé d'instituer une prime nationale d'assurance-santé pour générer 5 milliards de dollars par an. Le gouvernement fédéral a décidé de ne pas faire sienne cette recommandation, mais il a, dans l'accord fédéral-provincial-territorial sur la santé de septembre 2003, convenu de verser aux provinces et aux territoires le même montant, ou à peu près, que celui qu'avait recommandé le Comité.

D'après les chiffres donnés dans le présent chapitre, les fonds requis pour les services visant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie représentent le dixième seulement des nouvelles dépenses que le Comité a recommandées pour le système de soins actifs.

Le Comité est d'avis que les nouvelles recettes qu'il recommande de générer devraient être réservées à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Les fonds iraient quand même dans le Trésor, mais à la condition d'être affectés entièrement et exclusivement aux programmes recommandés dans les sections 16.3 et 16.4 ci-dessus.

Les impôts affectés à une fin spéciale soulèvent parfois des objections parce qu'ils réduisent la capacité des gouvernements de rectifier leurs dépenses à mesure que les priorités évoluent. Le Comité n'est pas indifférent à ce point de vue, mais estime qu'il y aurait lieu de faire une exception dans le cas des fonds touchant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, pour les raisons suivantes :

- Comme les personnes aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie sont négligées ou, dans le meilleur des cas, mal servies depuis longtemps, il est nécessaire que le gouvernement fédéral envoie un message d'appui hors du

commun. Cet appui se manifesterait par l'affectation de nouvelles recettes à des fins qui leur sont propres.

- En ce qui concerne les impôts affectés à une fin spéciale, le gouvernement fédéral a nettement établi un précédent lorsqu'il a décidé, récemment, de remettre directement aux municipalités un certain pourcentage des taxes sur l'essence.
- Étant donné que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont des incidences sur la vie de presque tous les Canadiens, le Comité estime que la population consentira à payer un petit montant pour améliorer la situation des personnes concernées.

Le Comité est d'avis que la proposition ci-dessous sera acceptable pour la population canadienne. En fait, un grand nombre d'études montrent que les impôts affectés à une fin spéciale sont plus susceptibles d'être acceptés par l'électorat que les hausses d'impôt qui représentent une nouvelle source de recettes générales pour les gouvernements.

Le Comité comprend qu'il n'y a pas de moyen « idéal » de générer les recettes voulues. Quatre critères ont été retenus pour l'examen des sources possibles de revenu :

1. Les recettes doivent être faciles à générer et entraîner le moins de nouveaux frais administratifs possible — autrement dit, le mode de perception doit être très efficace.
2. La nature et la raison d'être de la source de revenu choisie doivent être faciles à expliquer aux Canadiens.
3. Le mode de perception proposé doit être acceptable sur le plan politique, c'est-à-dire acceptable pour la plupart des Canadiens.
4. Il doit être facile pour les gens de l'extérieur du gouvernement de calculer les montants perçus et de vérifier qu'ils ont bien été affectés aux services visant la maladie mentale et la toxicomanie; autrement dit, il doit être facile de demander des comptes au gouvernement.

Après mûre réflexion, le Comité recommande :

117	Que, pour générer les recettes supplémentaires qui seront à l'origine des investissements fédéraux recommandés pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, le gouvernement du Canada augmente les droits d'accise sur les boissons alcoolisées de 5 cents par consommation standard.
-----	--

Au Canada, une consommation standard contient 13,6 g d'alcool. Cette quantité se retrouve dans une bouteille de bière de 12 onces, dans un verre de vin de 5 onces ou dans 1,5 once de

spiritueux à 40 % d'alcool⁴²⁰. Cinq cents par consommation équivaut à 5 cents la bouteille de bière, à 25 cents environ la bouteille de vin et à 85 cents environ la bouteille de spiritueux.

Pour les raisons expliquées plus bas, le Comité pense que l'augmentation des droits d'accise ne devrait pas s'appliquer aux boissons alcoolisées dont la teneur en alcool est de 4 p. cent ou moins, ni aux bières légères ou autres bières faibles en alcool.

En fait, le Comité est d'avis qu'il serait avantageux pour la société de consommer moins de bière à forte teneur en alcool et davantage de bière à faible teneur en alcool. Il recommande donc :

118	Que le gouvernement du Canada réduise de 5 cents par consommation le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool se situe entre 2,5 % et 4 % et supprime complètement le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool est inférieure à 2,5 %.
-----	---

Au total, les changements apportés à la taxe d'accise fédérale sur l'alcool généreraient quelque 478 millions de dollars par an. Les calculs figurent dans l'encadré à la page suivante.

Le Comité pense que les Canadiens ne s'opposent probablement pas à une hausse de 5 cents seulement par consommation, surtout que les droits d'accise fédéraux sur l'alcool n'ont pas augmenté depuis 1986⁴²¹; l'indice des prix à la consommation a progressé de 64,25 p. cent depuis⁴²². En chiffres absolus (c.-à-d. compte tenu de l'inflation), l'augmentation des droits d'accise correspond à peu près à la moitié du taux d'inflation. En 2004-2005, les droits d'accise sur l'alcool ont généré des recettes de 1 286 128 496 \$⁴²³. Les recettes de 478 millions de dollars que rapporterait la proposition du Comité feraient augmenter le total de 37 p. cent.

Le fait d'encourager la consommation de bières à faible teneur en alcool présenterait d'autres avantages appréciables. Des études australiennes ont montré que la consommation de bière moins alcoolisée entraîne une réduction mesurable des cas de conduite avec facultés affaiblies et que les régions géographiques où la vente de ce type de bière est proportionnellement plus élevée enregistrent moins d'actes de violence et moins d'hospitalisations liés à l'alcool⁴²⁴.

⁴²⁰ Santé Canada, (2000), *Les drogues : Faits et méfaits*, p. 34.

⁴²¹ Les taxes et droits d'accise ont été modifiés pour l'alcool (bière, spiritueux et vin) en 1991 à l'arrivée de la TPS. Ce changement n'avait pas de répercussions sur les recettes, car ils ont été augmentés pour générer les mêmes montants (produit des ventes + droits d'accise) que dans l'ancien régime fédéral de la taxe de vente.

⁴²² Montant obtenu dans la feuille de calcul de l'inflation sur le site Web de la Banque du Canada : http://www.bankofcanada.ca/fr/taux/inflation_calc-f.html.

⁴²³ Receveur général du Canada, (2005), *Comptes publics du Canada*, 2005, section 4.7.

⁴²⁴ Tim Stockwell, (octobre 2005), mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

RECETTES PROVENANT DE LA PROPOSITION SUR LES DROITS D'ACCISE

Bière

D'après Statistique Canada, quelque 2 232 756 000 litres de bière se sont vendus au Canada en 2004*. La bouteille de bière type (une consommation standard) contient 341 ml. Par conséquent, il s'est vendu en 2004 l'équivalent de 6 547 671 544 bouteilles de bière. Il ressort des données fournies par l'industrie qu'environ 82 p. cent de la bière vendue au Canada a une teneur en alcool supérieure à 4 p. cent. Si le droit d'accise sur cette bière était augmenté de 5 cents, on obtiendrait des recettes annuelles supplémentaires de 268 454 534 \$, pourvu que la consommation reste la même.

Si le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool est de 4 p. cent ou moins baissait de 5 cents par rapport au prix actuel, les recettes diminueraient de 58 929 044 \$.

Très peu de bière vendue au Canada a une teneur alcoolique de 2,5 p. cent et moins. Si le droit d'accise sur cette bière était éliminé, les recettes baisseraient d'environ 740 000 \$.

Vin et spiritueux

En 2004, le volume total de spiritueux vendu au Canada était de 54 683 000 litres; le volume de vin, de 38 611 000 litres. Une consommation standard contient 13,6 g d'alcool, ou 17,325 ml. Si le droit d'accise augmentait de 5 cents par consommation standard, on obtiendrait des recettes de 269 246 753 \$ pour les spiritueux et le vin, pourvu que la consommation reste la même.

Cette proposition engendrerait des recettes totales d'environ **478 millions de dollars par an.**

* L'information sur la quantité de bière, de spiritueux et de vin vendue au Canada est tirée du document de Statistique Canada intitulé *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*, 2004, 63-202-XIF.

Il y a lieu de signaler que, si le droit d'accise qui frappe les spiritueux est basé sur le volume d'alcool, celui qui s'applique au vin est basé sur le volume vendu. Par conséquent, à moins que le gouvernement fédéral décide de modifier la méthode de calcul du droit d'accise sur le vin (ce qui aurait une certaine logique étant donné que les vins fortifiés sont moins taxés par consommation standard que les autres vins), les recettes générées diffèreraient probablement un peu des calculs présentés.

En 2001, le gouvernement fédéral australien, persuadé par des études probantes qu'il serait avantageux pour la santé et la sécurité publiques de réduire les taxes sur la bière à faible teneur en alcool, a instauré des droits d'accise à taux différentiel pour la bière :

- bière à faible teneur en alcool (maximum de 3 % d'alcool par volume) : 15,96 \$ par litre d'alcool;
- bière à teneur moyenne en alcool (plus de 3 % jusqu'à 3,5 % d'alcool par volume) : 17,33 \$ par litre d'alcool;

- bière à forte teneur en alcool (plus de 3,5 % d'alcool par volume) : 22,68 \$ par litre d'alcool.

La quantité moindre d'alcool par consommation combinée à la baisse de taxe s'est traduite par des effets intéressants sur le prix de détail de la bière à faible teneur en alcool. Résultat, environ 40 p. cent du volume vendu sur le marché australien se compose maintenant de bière à faible teneur ou à teneur moyenne en alcool, soit entre 2,5 p. cent et 3,8 p. cent⁴²⁵.

L'expérience de l'Australie indique que le Canada pourrait retirer de nombreux avantages à faire intervenir simultanément :

- une hausse des droits d'accise de 5 cents par consommation standard d'alcool, les recettes devant servir exclusivement à remédier aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie;
- une réduction marquée des taxes sur la bière à faible teneur en alcool.

Les avantages seraient les suivants :

- davantage de services de santé mentale et de toxicomanie financés par les quelque 478 millions de dollars par an que rapporterait la hausse des droits d'accise;
- encouragement à la fabrication, à la commercialisation et à la vente de produits à faible teneur en alcool;
- réduction probable des méfaits de l'alcool grâce à un changement dans les habitudes de consommation en faveur de produits moins alcoolisés.

Le Comité a prévu diverses objections possibles à sa recommandation d'accroître le droit d'accise de 5 cents par consommation. Voici ses réponses :

- À ceux qui disent que le gouvernement ne devrait pas augmenter les taxes, le Comité répond qu'il n'existe pas de biens ou de services gratuits. Il affirme aussi qu'il faut sans tarder améliorer les services pour les personnes aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie.
- À ceux qui disent qu'il est répréhensible de se servir de la consommation d'alcool pour générer des fonds destinés aux personnes atteintes de maladie mentale, le Comité répond que sa proposition a été mal comprise. Comme il recommande de prélever du Trésor fédéral près de 500 millions de dollars de plus par an, il doit recommander un moyen d'alimenter ce fonds d'un montant équivalent. Il tenait à ce que sa proposition réponde aux quatre critères énoncés plus haut dans la présente section, et il estime qu'elle y satisfait.
- Il n'y a pas de lien causal entre le moyen proposé pour percevoir des recettes et l'affectation des fonds. Le seul lien est l'équivalence des sommes d'argent. Le Comité a délibérément évité de soulever des questions sur le caractère causal du

⁴²⁵ *Ibid.*

lien avec les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Il se contente de présenter au gouvernement une recommandation qui est à la fois valable sur le plan financier et, selon lui, politiquement acceptable.

16.8 COÛT TOTAL ET MOYENS POSSIBLES D'ÉQUILIBRER LES RECETTES ET LES DÉPENSES

Le tableau suivant fait état du coût annuel total de la mise en œuvre des recommandations du Comité :

Initiative	Coût (en millions de dollars par an)
Commission canadienne de la santé mentale	17,0
Initiative d'aide au logement pour la santé mentale	224,0
Panier de services communautaires	215,0
Programme des troubles concomitants	50,0
Télesanté mentale	2,5
Soutien par les pairs	2,5
Recherche	25,0
Total	536,0

Les 17 millions de dollars prévus pour la Commission canadienne de la santé mentale se répartissent comme suit :

- Programme contre la stigmatisation : 5 millions de dollars par an. À cet investissement s'ajouteraient les demandes d'annonces d'intérêt public que la Commission ferait avec les mêmes documents de communication que ceux établis pour la campagne de marketing social. En tout, jusqu'à 8 millions de dollars par an, un gros investissement dans le domaine des communications, serviraient à financer la campagne contre la stigmatisation.
- Centre d'échange des connaissances : 60 millions de dollars sur dix ans, soit une moyenne de 6 millions de dollars par an. Le Comité a établi un budget décennal détaillé, qu'il présentera au gouvernement fédéral. Les coûts seront plus élevés les premières années, car il faudra alors établir l'infrastructure en matière d'information, mais ils diminueront graduellement à mesure que les activités se stabiliseront.
- Fonctionnement de la Commission : 6 millions de dollars par an. Cette somme englobe les frais de fonctionnement de base de la Commission, de son conseil d'administration et des comités consultatifs et groupes de travail qu'elle créera, ainsi que sa contribution aux projets menés conjointement avec d'autres gouvernements et des organisations non gouvernementales. Le Comité a établi, en

se fondant sur le fonctionnement du Conseil canadien de la santé, un budget détaillé qu'il présentera au gouvernement du Canada.

Comme la proposition sur les droits d'accise devrait produire des recettes de 478 millions de dollars par an, il reste un écart de 58 millions de dollars par an entre les recommandations du Comité et les sources de revenu prévues. De l'avis du Comité, l'estimation des coûts de construction des nouvelles unités de logement est généreuse⁴²⁶, de sorte que l'écart entre les recettes et les dépenses pourrait être comblé une fois les programmes en place.

Si un manque à gagner persiste, le Comité estime qu'il vaudrait mieux prélever l'argent nécessaire sur les recettes générales, à défaut de quoi plusieurs autres moyens sont possibles :

- Les coûts de construction des unités de logement pourraient être répartis sur 15 ans au lieu de 10, ce qui réduirait le coût annuel moyen de 62 millions de dollars en le faisant passer de 224 à 162 millions de dollars.
- La Société canadienne d'hypothèques et de logement tire de son programme d'assurance prêt hypothécaire un important surplus annuel. En 2009, elle devrait avoir, dans la réserve de ce programme, 4,5 milliards de dollars de plus que ce dont elle a besoin. Une partie de ces fonds pourrait être utilisée pour répondre aux besoins en logement des personnes atteintes de maladie mentale.
- La solution la moins acceptable, aux yeux du Comité, serait de maintenir le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool est de 4 p. cent ou moins. Si cette taxe était maintenue, les recettes augmenteraient d'environ 58 millions de dollars.

16.9 CONCLUSION

Comme il l'a expliqué plus haut, le Comité estime que la mise en œuvre des recommandations du présent chapitre — et de toutes celles de son rapport — permettra pour la première fois de canaliser des ressources nationales vers l'amélioration de la santé mentale au pays. Ces recommandations serviront aussi d'assise solide pour assurer une dimension nationale aux questions de santé mentale et faciliteront la suite des travaux devant mener à une approche nationale de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada.

⁴²⁶ Si l'estimation est généreuse, c'est en particulier parce qu'elle se base sur la contribution de 50 p. cent du gouvernement fédéral qui correspond à 75 000 \$ par nouvelle unité de logement.

EPILOGUE —

LE VISAGE HUMAIN D'UN SYSTÈME TRANSFORMÉ

Retour à la case départ : Quel est l'impact du système de santé mentale sur les gens qui vivent avec une maladie mentale? Nous avons pensé important de mettre un visage sur cette interrogation dans l'espoir que les personnes qui liront le présent rapport se rappelleront que, quand on parle du système de santé mentale, l'important ce ne sont pas les gouvernements, les programmes, la politique ou les fournisseurs de services. Non, ce qui importe, c'est d'aider les gens atteints par la maladie à vivre dans les meilleures conditions possible.

L'HISTOIRE DE JULIE

Voici l'histoire, vraie, de Julie (un nom d'emprunt), comme elle l'a racontée au Comité. Nous n'avons pas repris ses propos tout à fait mot à mot, mais c'est bien son histoire. Julie a une maladie mentale et elle nous a raconté ce qu'elle et sa famille ont vécu lors de six périodes de crise de sa maladie. Dans « *La réalité actuelle* », l'histoire de Julie illustre ce qui, dans le système de santé et de services sociaux, fonctionne et ne fonctionne pas pour la plupart des Canadiens atteints de maladie mentale.

Ensuite, dans « *Ce qui devrait être* », on montre comment Julie, sa famille et les membres du Comité souhaiteraient qu'elle soit traitée dans un système transformé. « Ce qui devrait être », c'est ce que nous attendons de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport.

LA RÉALITÉ ACTUELLE

Je suis née dans une petite ville du sud-est de l'Ontario où j'ai été élevée. Les six premières années de ma vie ont été celles d'un enfant typique dans une famille ordinaire vivant dans une ville comme des centaines d'autres.

Six ans

C'est l'année où j'ai commencé à aller à l'école que notre vie a changé. Mon père est devenu bizarre. Il a commencé par devenir d'humeur sombre, puis il est devenu étrange et enfin carrément forcené. C'était pas drôle du tout; c'était inquiétant. Des fois il était bien puis, sans prévenir, il devenait violent et, pour un oui ou pour un non, il se mettait à nous lancer des choses à la tête à Maman et moi. Après il s'est mis à nous malmener et des fois il nous frappait. On ne savait jamais quand il allait exploser ni ce qui allait déclencher sa colère. Je ne comprenais rien à ce qui se passait sinon que Maman pensait que Papa était malade. Je ne voulais pas que Papa soit malade. Je voulais juste qu'il redevienne le père qu'il était avant. Je me rongais les sangs pour lui et pour nous.

Maman aussi se faisait du souci et elle avait honte de se montrer dans le quartier parce que tout le monde commençait à se rendre compte que Papa était devenu bizarre. Elle ne savait pas quoi faire. Elle ne savait pas où s'adresser pour avoir des conseils ou de l'aide. L'état de

Papa n'a fait qu'empirer. Finalement, un jour, il est devenu fou furieux, et Maman a fini par appeler la police. Ils sont venus et l'ont emmené. Qu'est-ce que les voisins allaient penser? Pendant très longtemps, Maman était tellement embarrassée qu'elle n'osait pas leur adresser la parole. Elle m'a bien prévenue de ne dire à personne que quelque chose clochait avec Papa, qu'il était malade — je devais simplement dire qu'il était parti.

Au bout de quelques jours, les policiers ont dit à Maman que Papa était réellement malade, dans sa tête. Ils lui ont dit qu'ils l'avaient emmené à l'hôpital dans la grande ville, à une trentaine de milles de chez nous, et que là-bas des gens s'occuperaient de lui et des médecins pourraient l'aider.

Je me suis toujours demandé si c'était de ma faute. Peut-être que j'avais fait quelque chose de mal qui avait rendu mon père malade.

Pendant quelques années, Maman et moi avons vécu une vie assez solitaire. Papa sortait parfois de l'hôpital, mais il y a passé beaucoup de temps et il ne travaillait pas. Quand il était à la maison, il se comportait de manière relativement normale pendant un certain temps, mais tout d'un coup il rechutait et Maman devait le ramener à l'hôpital. Nous ne savions pas précisément ce qu'il avait; nous nous efforcions de cacher sa maladie et nous ne pouvions rien faire pour l'aider à se rétablir : c'était vraiment difficile et frustrant pour Maman et moi. En plus, nous étions toujours à court d'argent. Durant les périodes où il allait relativement bien, je suis sûre que Papa se reprochait de ne pas gagner de l'argent pour faire vivre sa famille; ça le rendait sans doute encore plus malade.

Maman était épuisée — elle travaillait à temps plein, elle s'occupait de moi (et de Papa quand il était à la maison) et elle allait visiter Papa en autobus quand elle le pouvait les fins de semaine lorsqu'il était à l'hôpital.

Quinze ans

Je sais que Maman s'est fait beaucoup de souci pour moi quand j'étais adolescente, surtout quand, autour de 15 ans, je me suis mise à avoir de grosses déprimés. Et puis, comme mon père, je me suis mise à faire des choses bizarres. Maman était au bout de son rouleau, et nous avions vraiment peur toutes les deux. Je ne comprenais pas ce qui se passait. J'avais l'impression d'être seule au monde, que personne ne pouvait m'aider, pas même Maman. Je ne savais pas quoi faire pour maîtriser mes émotions et mon comportement. J'avais l'impression d'être le jouet d'une force irrésistible dans ma tête qui me faisait faire des bêtises : je me conduisais mal ou je me livrais à des actes violents que je regrettais ensuite.

Maman ne savait pas quoi faire. Elle pensait sans doute que ce n'était qu'une phase et que je finirais par m'assagir. L'idée l'a peut-être effleurée de me conduire à l'hôpital de la ville, comme Papa, mais elle ne l'a pas fait et ne m'en a jamais parlé.

À l'école, c'était la catastrophe. Je n'arrivais pas à fixer mon attention et il m'arrivait souvent de sécher les cours : je m'enfermais dans ma chambre et je passais des jours à ne rien faire. J'ai fini par décrocher complètement. J'ai trouvé du travail à temps partiel, mais là non plus je n'arrivais pas à me concentrer et j'ai été renvoyée après quelques semaines. J'ai trouvé un autre emploi, que j'ai perdu lui aussi. Et un autre, et un autre encore. Finalement, après

quelques mois, j'ai renoncé à travailler. Je passais mon temps à la maison, à regarder la télévision. Je ne voyais pratiquement personne en dehors de ma mère, le soir après son travail. Nous parlions peu. De toute façon, nous ne savions pas quoi nous dire, déroutées que nous étions par mes problèmes et tout à fait incapables de réagir faute de savoir quoi faire.

La vie a continué tant bien que mal. Finalement, au bout d'une longue période, mes symptômes ont progressivement diminué et j'ai pu me remettre à travailler.

Vingt-trois ans

Je trouvais que Maman avait déjà assez de s'occuper de mon père, alors, quand j'ai été dans la vingtaine, j'ai décidé de prendre un appartement. Au début, tout allait bien, mais au bout d'un an environ, mes symptômes ont commencé à réapparaître. Maman s'en est aperçue avant moi et a commencé à s'inquiéter. Bientôt, même mes voisins s'en sont rendu compte et s'en sont inquiétés.

Je restais enfermée chez moi pendant des jours d'affilée. Faute de me présenter au travail, je me suis fait renvoyer. J'ai vite épuisé mes ressources et je n'arrivais plus à payer mes factures. Maman a bien essayé de me convaincre d'aller chez le médecin, mais je remettais toujours la visite à plus tard. Finalement, une nuit que j'étais particulièrement bruyante et déjantée, un voisin a appelé la police. Ils m'ont emmenée à l'hôpital de soins actifs (annexe 1) où je suis restée environ une semaine, après quoi j'ai été transférée à l'hôpital psychiatrique où mon père était encore soigné à l'occasion. Grâce au traitement, mes symptômes se sont atténués, mais très lentement. J'ai fini par rentrer chez moi; j'ai retrouvé du travail, loué un autre appartement et appris comment me débrouiller toute seule.

Trente-quatre ans

J'ai mené une vie relativement normale pendant une dizaine d'années, puis tout a basculé de nouveau. J'ai fait une rechute. J'ai commencé par perdre mon travail, puis mon appartement. J'ai coupé les ponts avec tout le monde et, dans l'état où j'étais, les ennuis n'ont pas tardé. Je me suis fait prendre à chaparder dans un magasin et j'ai fait une scène terrible. Heureusement, la police s'est rendu compte que j'étais malade. Au lieu de me coffrer, ils m'ont amenée à l'hôpital de l'annexe 1.

Après ça, j'ai passé quelques années à faire des séjours plus ou moins longs à l'hôpital, de quelques semaines à plusieurs mois, comme mon père. Quand j'étais à l'hôpital et que j'étais soignée, mes symptômes diminuaient graduellement. Quand je m'en sentais capable, on me donnait mon congé. Je trouvais en général à me loger quelque part, mais comme je n'avais pas le sou, je me retrouvais le plus souvent dans un logis minable dans un quartier sordide où je ne me sentais pas vraiment en sécurité. Comme je n'avais personne vers qui me tourner, j'avais du mal à composer avec le stress de la vie quotidienne et je rechutais — toujours trop vite.

Je suis retournée chez moi à quelques reprises, mais quand je suis sortie de l'hôpital psychiatrique, j'ai décidé de rester dans la grande ville près de l'hôpital pour pouvoir plus facilement me prévaloir de leurs services de suivi. J'allais de temps en temps au centre de

jour, mais c'était difficile de se lier avec qui que ce soit; il y avait beaucoup d'allées et venues et je ne m'y suis pas fait d'amis. Quand mes symptômes étaient vraiment aigus, j'allais à l'urgence de l'hôpital, où on me connaissait. J'étais de nouveau admise à l'hôpital et le cycle recommençait.

J'ai quand même fini par me rétablir et quand je me suis sentie vraiment mieux, j'ai décidé de quitter la grande ville et de rentrer chez moi pour être plus près de ma famille et de mes connaissances.

Trente-huit ans

Les choses allaient bien au début, mais ça n'a pas été long avant que les vieux démons refassent surface — encore une rechute. Maman a été la première à le remarquer. Elle m'a toujours beaucoup soutenue, mais elle vieillissait. C'était beaucoup pour elle de s'occuper de mon père tout en gardant un œil sur moi. Avec mes amis, j'avais l'impression de ne jamais être sur la même longueur d'onde, et sans centre de jour où aller, je me sentais vraiment isolée. Je passais beaucoup de temps toute seule à l'appartement. La seule personne vers qui je pouvais me tourner, c'était mon médecin de famille, mais tout ce qu'il pouvait faire, c'était d'ajuster ma médication au besoin. Il n'avait tout simplement pas le temps d'en faire plus. Un jour, j'étais si mal quand je me suis présentée à son bureau qu'il a appelé une ambulance et que je me suis retrouvée de nouveau à l'hôpital psychiatrique. Il m'a fallu des semaines pour me rétablir. Ils m'ont laissée rentrer chez moi, mais sans aide régulière sur place, je me suis vite retrouvée de nouveau hospitalisée. Les choses ont continué comme ça pendant longtemps. Je me retrouvais à l'hôpital des fois une fois par an, mais avec des fois aussi deux ou trois ans entre les hospitalisations. Ce n'était pas une vie. Les rares amis que j'avais ont fini par s'éloigner l'un après l'autre, et quand Papa est mort, puis Maman, je me suis retrouvée vraiment toute seule.

Soixante-six ans

J'ai fait une rechute peu après la mort de Maman et cette fois-là, j'étais complètement timbrée! Je ne me sentais pas bien physiquement non plus, alors les médecins de l'hôpital psychiatrique m'ont fait examiner par d'autres médecins. Il se trouve que j'avais d'autres problèmes médicaux en plus de ma maladie mentale. On m'a prescrit d'autres médicaments et, après quelques semaines, j'ai commencé à aller mieux. Mais cette fois-là, ils m'ont dit que je ne pouvais pas rentrer chez moi et que je devrais aller habiter dans une maison de santé près de l'hôpital où j'aurais des repas réguliers et où il y avait des gens en permanence pour s'occuper de moi. À première vue, c'était attrayant, mais je me suis vite rendu compte que les autres résidents étaient tous bien plus vieux et plus malades que moi. Beaucoup étaient même alités et d'autres passaient leurs journées assis dans le couloir près du bureau des infirmières. Je n'avais personne à qui parler et rien d'autre à faire que de regarder la télévision ou de m'asseoir avec les autres dans le couloir. À un moment donné, je me suis rendu compte que je ne partirais jamais de cet endroit, que j'y resterais jusqu'à ma mort.

CE QUI DEVRAIT ÊTRE

Six ans

Quand les bizarreries de Papa ont commencé à avoir un effet sur nous tous, Maman l'a convaincu de l'accompagner au centre de santé familiale où ils ont rencontré une conseillère qui l'a fait voir par un médecin. C'est comme ça qu'ils ont appris que Papa souffrait d'une maladie mentale. Papa a vu ensuite un psychiatre, un spécialiste de l'hôpital de la grande ville, à une trentaine de milles de chez nous, qui venait dans notre petite ville de temps en temps pour aider les médecins de famille à bien soigner leurs malades. La conseillère a pris le temps de bien expliquer à Maman la nature de la maladie de Papa et nous a aidés à comprendre ce qui se passait et les difficultés qu'il traversait. Elle a donné à Maman de l'information à lire et s'est organisée pour l'inscrire dans un groupe de formation et de soutien composé de parents de gens qui souffraient du même genre de maladie mentale que Papa. Une fois que nous avons mieux compris la maladie et ses effets, c'était plus facile pour Maman et moi d'en parler avec nos voisins et d'autres comme mes camarades de classe et mes amis. C'était plus facile de supporter les périodes où, en dépit de son traitement et des médicaments, son comportement redevenait fantasque.

Quinze ans

Dès que Maman a remarqué mes premières sautes d'humeur, elle m'a persuadée de l'accompagner au centre de santé familiale où nous avons de nouveau rencontré la conseillère. J'ai aussi vu un médecin, qui m'a tout de suite pris rendez-vous avec un psychiatre qui m'a appris que je souffrais du même genre de maladie mentale que papa. Elle m'a prescrit des médicaments qui m'ont aidée à maîtriser mon humeur et mon comportement. Une fois mes symptômes maîtrisés, j'ai pu me concentrer. Je suis restée à l'école et, avec l'aide de la conseillère pour régler les petits problèmes de la vie courante, je me suis bien débrouillée. J'ai aussi joint un groupe d'entraide composé de jeunes de mon âge eux aussi aux prises avec une maladie, la plupart du temps une maladie mentale comme moi. Mes amis me sont restés fidèles; ils savaient que j'étais malade, pas étrange!

Vingt-trois ans

Maman et Papa (qui allait alors bien mieux) m'ont dit que mon comportement était de nouveau en train de changer et que je devrais retourner au centre de santé familiale consulter le médecin qui me suit depuis mon premier épisode. Le médecin m'a fait admettre à l'hôpital de soins aigus (annexe 1) pour un court séjour durant lequel un psychiatre venu de la grande ville a ajusté mes médicaments. En plus, j'ai participé tous les jours à un programme de formation où j'ai appris à mieux composer avec mes symptômes. Les symptômes n'ont pas complètement disparu, mais mon état s'est amélioré assez rapidement.

Quand je suis sortie de l'hôpital, on m'a renvoyée au bureau local d'un programme provincial de santé mentale où j'ai rencontré régulièrement un gestionnaire de cas qui m'a aidée à présenter une demande d'allocation d'invalidité (POSPH). J'ai continué de voir le psychiatre durant ses tournées régulières dans notre ville. Mon gestionnaire de cas m'a aussi obtenu un transport régulier vers la grande ville deux fois par semaine où je suivais un programme de

formation professionnelle deux fois par semaine. Je me suis trouvé un nouvel appartement et, au bout d'un certain temps, avec l'aide d'un agent de soutien à l'emploi, j'ai trouvé du travail à temps partiel pour compléter mes revenus.

Trente-quatre ans

La police m'a amenée à l'hôpital, mais je n'y suis pas restée longtemps, juste le temps que mon état se stabilise. L'hôpital a fait des démarches pour que mon cas soit admissible au programme de déjudiciarisation et m'a remise en contact avec mon gestionnaire de cas; aucune accusation n'a été portée contre moi. Mon psychiatre et l'équipe psychiatrique de l'hôpital de la ville ont pensé que ce serait bon de me renvoyer à une Équipe de suivi intensif dans le milieu. Ils m'ont trouvé une place dans un logement supervisé dans la même ville où je pouvais facilement me prévaloir des services d'extension de l'Équipe et des services de l'hôpital et quand même voir facilement ma famille et mes amis, que je pouvais rejoindre après un court trajet en autocar.

Mon état est resté relativement stable. J'ai continué à vivre dans la grande ville. Peu après que j'ai récupéré après mon dernier épisode de crise, j'ai commencé à faire du bénévolat. Comme les règles avaient été changées, j'ai pu conserver mon allocation d'invalidité tout en faisant du bénévolat. Je donnais satisfaction et on m'a offert un poste rémunéré. J'ai continué à travailler là régulièrement. De savoir que je pouvais faire un travail utile pour gagner ma vie, c'était la meilleure médecine pour ma maladie mentale. L'indépendance, ça vous regonfle, et quand j'ai confiance en moi, j'arrive à me débrouiller avec ma maladie.

Après un certain temps, j'ai décidé de quitter mon logement supervisé pour prendre un appartement. J'ai pensé un moment rentrer dans ma petite ville, mais avec les encouragements de l'Équipe de suivi, j'ai finalement décidé de rester dans la grande ville où je pouvais m'inscrire à temps partiel à un programme d'éducation de la petite enfance au collège communautaire. J'ai toujours aimé les enfants et je me suis rendu compte que je me débrouillais bien avec eux. L'Équipe de suivi m'a aidée dans les moments difficiles et j'ai réussi mon cours.

Je me sentais vraiment bien et, mon diplôme en poche, j'ai décidé de rentrer dans ma petite ville pour être plus près de ma famille et de mes amis d'enfance. Je n'avais plus besoin de l'équipe de suivi, mais on m'a renvoyée à un service de gestion de cas local où je pouvais avoir de l'aide au besoin.

Trente-huit ans

Après que j'ai trouvé un appartement, j'ai communiqué avec l'équipe de gestion de cas qui m'a conseillée de manière que je sache reconnaître rapidement les signes de rechute et aller chercher de l'aide tout de suite. J'ai aussi communiqué avec un groupe de soutien local où j'ai pu rencontrer un travailleur de santé mentale chaque fois que je sentais le besoin de parler de ma maladie avec quelqu'un. J'avais des bons et des mauvais jours, la plupart bons, et je me suis vite sentie suffisamment bien pour chercher du travail. J'ai trouvé assez facilement un emploi à temps plein dans une garderie et je gagnais ma vie. C'était vraiment bien de ne plus dépendre de mon allocation d'invalidité.

Soixante-six ans

Après des années d'indépendance, où j'ai eu à l'occasion seulement besoin de mon gestionnaire de cas, j'ai eu du mal à accepter que les symptômes de la maladie n'étaient plus aussi faciles à maîtriser qu'avant. J'ai vu mon médecin, mon travailleur de santé mentale et mon gestionnaire de cas, et nous avons convenu que j'avais besoin d'une aide plus intensive que ce qu'ils pouvaient me donner. Ils m'ont renvoyée à l'équipe de gériatrie qui a pris les dispositions nécessaires pour que je puisse rester chez moi. Je pouvais les appeler chaque fois que j'avais un problème que je ne pouvais pas régler toute seule. Je suis devenue membre du centre d'activités pour personnes âgées de ma localité où j'ai gardé le contact avec mes vieux amis et où je me suis fait de nouveaux amis toujours prêts à m'aider quand j'en avais besoin. C'est ainsi que j'ai pu passer le reste de ma vie dans mon propre appartement.

CHAPITRE 4 : QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUE

Recommandation 1 (page 76)

Que les gouvernements des provinces et des territoires fixent un âge uniforme auquel les jeunes sont considérés comme étant capables de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels sur leur santé.

Recommandation 2 (page 77)

Que les professionnels de la santé jouent un rôle actif dans la promotion des communications entre les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille. Ceci consiste, entre autres, à demander aux personnes souffrant de maladie mentale si elles désirent partager les renseignements personnels sur leur santé avec leur famille, à leur remettre des exemplaires des formulaires de consentement requis et à les aider à les remplir.

Recommandation 3 (page 78)

Que les professionnels de la santé aient le pouvoir discrétionnaire de communiquer des renseignements personnels sur la santé, sans le consentement de l'intéressé, en cas de danger clair, sérieux et imminent afin de prévenir les tiers et de protéger le patient.

Que ce pouvoir discrétionnaire soit régi par une norme juridique clairement définie dans la loi et sujet à examen par les commissaires à la protection de la vie privée et les tribunaux.

Recommandation 4 (page 79)

Que les gouvernements des provinces et des territoires donnent le pouvoir aux personnes capables mentalement, par le truchement de la loi, de désigner un subrogé et de donner des directives préalables concernant l'accès aux renseignements personnels sur leur santé.

Que les dispositions de toute loi provinciale ayant pour effet d'interdire de donner des directives préalables concernant les décisions sur les soins de santé mentale soient abrogées.

Que les gouvernements des provinces et des territoires offrent des formulaires et des trousseaux d'information expliquant la marche à suivre pour désigner un subrogé et donner des directives préalables.

Que les gouvernements des provinces et des territoires offrent des services juridiques communautaires pour aider les personnes à désigner un subrogé et à donner des directives préalables.

Que les gouvernements des provinces et des territoires réalisent des campagnes d'information publique pour informer les personnes atteintes de maladie mentale, et leur famille, concernant le droit de désigner un subrogé et de donner des directives préalables.

Recommandation 5 (page 80)

Que, lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de maladie mentale et est de ce fait considérée comme mentalement incapable, lorsqu'il n'y a pas d'antécédent de maladie mentale ni incapacité mentale, et lorsque aucun subrogé n'a été désigné et qu'aucune directive préalable n'a été donnée, la loi établisse une présomption en faveur de la communication des renseignements personnels sur la santé aux aidants membres de la famille du malade.

Que les gouvernements des provinces et des territoires adoptent des lois uniformes établissant cette présomption.

Que la loi précise un « ordre de préséance » pour les parents (c'est-à-dire, si la personne est mariée ou vit en union de fait, les renseignements sont communiqués à son conjoint ou à son conjoint de fait et, en l'absence d'un conjoint ou d'un conjoint de fait, à ses enfants, etc.).

Que la loi précise les renseignements à communiquer, y compris le diagnostic, le pronostic, le plan d'intervention (y compris les options de traitement, le traitement prescrit et la gestion des effets secondaires), le niveau d'observation du régime de traitement et les questions de sécurité (par ex. risque de suicide).

Que la loi interdise expressément la communication des documents de counselling.

Que la loi oblige la personne qui communique les renseignements personnels sur la santé à informer la personne mentalement incapable, par écrit, de l'information qui a été communiquée et des personnes auxquelles cette information a été transmise.

Recommandation 6 (page 91)

Que le *Code criminel* soit modifié de manière à conférer aux commissions d'examen les pouvoirs dont disposent déjà les tribunaux pour ce qui est d'ordonner une évaluation de la santé mentale.

Recommandation 7 (page 95)

Que le *Code criminel* soit modifié de manière à conférer aux commissions d'examen les pouvoirs dont disposent déjà les tribunaux pour ce qui est d'ordonner un traitement.

Recommandation 8 (page 97)

Que le gouvernement du Canada, en consultant les ministres provinciaux et territoriaux de la Justice, élaborent des projets de modifications au *Code criminel* afin de résoudre la question des personnes reconnues coupables qui deviennent inaptes à se voir infliger une peine après que le verdict a été rendu.

Que ces modifications soient soumises au Parlement dans l'année qui suivra le dépôt du présent rapport au Sénat.

CHAPITRE 5 : VERS UN RÉSEAU DE SERVICES TRANSFORMÉ

Recommandation 9 (page 129)

Que le gouvernement du Canada crée un Fonds de transition en santé mentale pour accélérer la transition vers un système où la prestation des services en santé mentale se fera essentiellement dans la collectivité.

Que les sommes versées dans ce fonds soient mises à la disposition des provinces et des territoires au prorata de la population et que la gestion du Fonds soit confiée à la Commission canadienne de la santé mentale dont la création a été entérinée par tous les ministres de la Santé à l'exception de celui du Québec.

Que le Fonds serve à financer des activités :

- qui autrement n'auraient pas vu le jour, c'est-à-dire qu'elles représentent un surcroît de dépenses par rapport aux dépenses courantes augmentées de la hausse annuelle normale des dépenses globales de santé;
- qui faciliteront la transition vers l'établissement d'un système reposant essentiellement sur la prestation des services en santé mentale dans la collectivité.

Que, dans le financement d'activités à même le Fonds, l'on accorde la priorité aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante et que l'on s'intéresse en particulier aux besoins des enfants et des jeunes en matière de santé mentale.

Recommandation 10 (page 134)

Que les services conçus pour permettre aux personnes atteintes de maladie mentale de vivre dans la société soient financés dans le contexte du volet Panier de services communautaires du Fonds de transition en santé mentale administré par la Commission canadienne de la santé mentale.

Recommandation 11 (page 135)

Que, dans le contexte du Fonds de transition en santé mentale, le gouvernement du Canada lance une Initiative d'aide au logement pour la santé mentale afin de financer la construction de logements abordables et des programmes de suppléments au loyer pour donner aux personnes atteintes de maladie mentale les moyens de louer un appartement au taux du marché.

- Que, dans la gestion du volet logement du Fonds de transition en santé mentale, la Commission canadienne de la santé mentale travaille en étroite collaboration avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Recommandation 12 (page 136)

Que soit financé à même le Fonds de transition en santé mentale un panier de services communautaires dont l'utilité, pour aider les personnes atteintes d'une maladie mentale, en particulier celles qui souffrent d'une maladie mentale grave et persistante, à mener une vie productive dans la société, a été démontrée.

Que ce panier de services communautaires comprenne notamment des équipes de suivi intensif dans la collectivité, des unités d'intervention d'urgence et des programmes de prise en charge intensive des cas, et que la seule condition d'admissibilité au financement d'un service donné à même le Fonds de transition en santé mentale soit que le service soit offert dans la collectivité concernée.

Recommandation 13 (page 139)

Que les initiatives de soins en collaboration soient admissibles à un financement par le biais du Fonds de transition en santé mentale.

Que le Centre d'échange des connaissances qui doit être établi dans le cadre de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) encourage activement l'application des pratiques exemplaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives de soins en collaboration.

Recommandation 14 (page 145)

Que des prestations de compassion soient offertes pendant au plus six semaines à l'intérieur d'une période de deux ans à toute personne qui prend congé pour s'occuper d'un membre de sa famille atteint d'une maladie mentale qui risque l'hospitalisation, le placement dans un établissement de soins de longue durée, l'emprisonnement ou l'itinérance dans les six mois.

Que l'admissibilité aux prestations de compassion soit déterminée sur recommandation de professionnels de la santé mentale et que leur paiement échappe au délai de carence habituel de deux semaines.

Recommandation 15 (page 146)

Que les mesures prises pour offrir aux aidants naturels davantage de services de relève adaptés aux besoins changeants des clients soient financées par la voie du Fonds de transition en santé mentale.

CHAPITRE 6 : LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Recommandation 16 (page 149)

Que les conseils et les commissions scolaires rendent obligatoire la mise sur pied d'équipes en milieu scolaire composées de travailleurs sociaux, de travailleurs auprès des jeunes et d'enseignants afin d'aider les aidants familiaux à trouver les services de santé mentale dont leurs enfants et leurs adolescents ont besoin et que ces équipes fassent appel à la panoplie de traitements qu'offrent les diverses disciplines.

Recommandation 17 (page 152)

Que des services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents soient fournis en milieu scolaire par des équipes constituées sur place, comme le recommande la section 6.2.1 ci-dessus.

Que les enseignants reçoivent une formation sur la détection précoce de la maladie mentale.

Que l'on accorde aux enseignants le temps voulu et les ressources et le soutien concrets nécessaires pour jouer ce nouveau rôle.

Recommandation 18 (page 157)

Que les élèves soient informés à l'école au sujet de la maladie mentale et de sa prévention et que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) travaille en étroite collaboration avec les éducateurs pour mener des campagnes de sensibilisation ciblées visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.

Recommandation 19 (pages 158-159)

Que les gouvernements des provinces et des territoires s'efforcent d'éliminer la compartimentation sur les plans de la législation, de l'administration ou des programmes qui les empêche de veiller comme il se doit à assurer le passage de l'adolescence à l'âge adulte et qu'elles adoptent les mesures suivantes :

- Que l'âge limite pour les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents soit établi en fonction de considérations d'ordre clinique plutôt que d'ordre administratif, budgétaire ou autre.
- Que, dans les cas où un âge limite est fixé, un lien soit établi entre les services offerts aux enfants et aux adolescents et les services pour adultes afin d'assurer une transition harmonieuse.
- Que, dans les cas où un âge limite est fixé, il n'y ait pas de période d'interruption où une personne est inadmissible au traitement tant dans le système pour enfants et adolescents que dans le système pour adultes.

Recommandation 20 (page 161)

Que les gouvernements des provinces et des territoires coordonnent les services de santé mentale et les services sociaux et, à cet égard, veillent à ce que l'âge limite pour les services sociaux destinés aux enfants et aux adolescents coïncide avec celui établi pour les services de santé mentale.

Recommandation 21 (page 162)

Que les pouvoirs publics prennent immédiatement des mesures pour remédier aux pénuries de professionnels de la santé mentale spécialisés dans le traitement des enfants et des adolescents.

Recommandation 22 (page 163)

Que le recours à la télépsychiatrie augmente dans les régions rurales et éloignées afin qu'il soit plus facile pour ces collectivités de tirer parti des services offerts par le personnel spécialisé dans la santé mentale des enfants et des adolescents.

Que la télépsychiatrie serve à des fins tant de consultation que d'éducation et de formation des professionnels de la santé qui travaillent dans les collectivités rurales et éloignées.

Recommandation 23 (page 164)

Que l'on ait recours à des thérapies de groupe normalisées et fondées sur des données probantes, quand cela convient sur le plan clinique, afin de réduire les temps d'attente pour les enfants et les adolescents qui ont besoin de services de santé mentale.

Recommandation 24 (page 165)

Que les gouvernements des provinces et des territoires encouragent leurs institutions sanitaires, éducatives et judiciaires à collaborer étroitement afin que les enfants et les adolescents puissent avoir toujours facilement accès aux services de santé mentale.

Que les conférences de cas soient davantage utilisées en vue d'établir les priorités et de coordonner la prestation de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Recommandation 25 (pages 166-167)

Que des thérapies familiales fondées sur des données probantes soient appliquées afin que tous les membres de la famille aient accès à l'aide dont ils ont besoin.

Que les professionnels œuvrant auprès des enfants et des adolescents atteints d'une maladie mentale aient accès à des possibilités de formation leur permettant de répondre adéquatement aux besoins en santé mentale de leurs jeunes clients.

Que le traitement familial de la santé mentale soit intégré au programme d'études des professionnels de la santé mentale et des médecins de premier recours.

Que les professionnels soient indemnisés pour le temps qu'ils passent avec les soignants membres de la famille, en plus du temps consacré aux jeunes atteints de maladie mentale.

Que tous les spécialistes œuvrant auprès des enfants et des adolescents suivent une formation sur les droits de l'enfance.

CHAPITRE 7 : NOS AÎNÉS

Recommandation 26 (page 174)

Que l'un des objectifs du Centre d'échange des connaissances devant être créé à la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) soit de favoriser l'échange d'information parmi les chercheurs en gérontologie eux-mêmes, de même qu'entre les fournisseurs de services spécialisés aux personnes âgées et les autres fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie.

Que la Commission canadienne de la santé mentale encourage la recherche sur les vastes éventails d'âges, d'environnements (par exemple, les services communautaires par opposition aux soins en établissement), de comorbidités et de questions culturelles ayant des incidences sur la santé mentale des aînés, et favorise l'adoption de pratiques exemplaires dans les programmes de santé mentale destinés aux aînés, de façon à combattre la marginalisation des adultes âgés inscrits à des programmes de traitement censément adaptés à tous les âges.

Recommandation 27 (page 178)

Que des montants prélevés sur le Fonds de transition de la santé mentale (voir le Chapitre 16) soient mis à la disposition des provinces et des territoires afin de financer des initiatives conçues pour faciliter la vie dans la collectivité des aînés atteints de maladie mentale, ces initiatives pouvant comprendre notamment :

- des visites à domicile de fournisseurs de soins en santé mentale adéquatement rémunérées;
- une pleine gamme de services pratiques et de services de soutien social à domicile pour les aînés ayant une maladie mentale;
- un niveau de soutien des aînés ayant une maladie mentale qui soit au moins équivalent au niveau de soutien offert aux aînés ayant une maladie physique, où qu'ils vivent;
- un plus grand nombre de logements abordables et supervisés pour les aînés ayant une maladie mentale.

Recommandation 28 (page 179)

Que les aînés atteints de maladie mentale vivant chez des aidants familiaux soient admissibles à tous les services de santé et de soutien qui leur seraient offerts s'ils vivaient seuls.

Recommandation 29 (page 182)

Que des efforts soient déployés, lorsqu'il est médicalement possible de le faire, pour transférer les aînés atteints de maladie mentale gardés dans des établissements de soins actifs vers des établissements de soins de longue durée ou des logements appropriés en facilitant l'accès à des solutions autres que l'hospitalisation.

Que les compétences requises des membres du personnel des établissements de soins de longue durée soient révisées et adaptées, grâce à la mise en œuvre des programmes de formation nécessaires, pour s'assurer que le transfert de responsabilité, à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale, des établissements de soins actifs aux établissements de soins de longue durée permet de mettre à la disposition des pensionnaires, sur place, des services de santé mentale suffisants sur le plan clinique.

Recommandation 30 (page 184)

Que différents services dispensés en établissement destinés aux personnes âgées atteintes de maladie mentale soient intégrés ou établis tout près les uns des autres (par exemple, logements supervisés et établissements de soins de longue durée) pour que la transition de l'un à l'autre puisse se faire d'une façon efficace et sûre.

Que tous les efforts possibles soient faits pour permettre aux couples âgés de continuer à vivre ensemble ou tout près, indépendamment du niveau de service et de soutien dont chaque membre du couple a besoin.

CHAPITRE 8 : MILIEU DE TRAVAIL ET EMPLOI

Recommandation 31 (page 200)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) travaille avec les employeurs à l'élaboration et à la diffusion de pratiques de gestion exemplaires propices à la santé mentale au travail.

Recommandation 32 (page 201)

Que le Centre d'échange des connaissances créé dans le cadre de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) aide employeurs, professionnels de la santé au travail et fournisseurs de soins de santé mentale à élaborer un langage commun, dans le but d'encourager la gestion des limitations fonctionnelles d'ordre mental, et à communiquer les pratiques exemplaires dans le domaine.

Recommandation 33 (page 205)

Que les employeurs accroissent le nombre de séances de counselling offertes dans le cadre des Programmes d'aide aux employés (PAE), surtout là où l'accès à d'autres services de santé mentale est limité.

Que des recherches soient entreprises pour évaluer les PAE et que les résultats soient communiqués par le Centre d'échange des connaissances que le Comité recommande de créer dans le cadre de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) en vue d'accroître l'efficacité de ces programmes.

Recommandation 34 (page 209)

Que le ministère des Ressources humaines et du Développement social, par l'entremise du Fonds d'intégration pour les personnes handicapées, facilite la mise en œuvre dans tout le pays d'un programme d'assistance en milieu de travail pour aider les personnes ayant une maladie mentale à se trouver un emploi et à le conserver.

Que ce programme encourage la création d'entreprises dont les personnes souffrant de maladie mentale seront *à la fois* les exploitants et les propriétaires et appuie de telles entreprises.

Que ministère des Ressources humaines et du Développement social signale le nombre de personnes ayant une maladie mentale auxquelles le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées vient en aide.

Recommandation 35 (page 212)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) travaille en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les commissions des accidents de travail, les employeurs et les syndicats du pays à l'élaboration de pratiques exemplaires concernant les prestations liées au stress d'ordre professionnel.

Recommandation 36 (pages 216-217)

Que le niveau des prestations versées dans le cadre des programmes d'aide sociale destinés aux personnes ayant une maladie mentale et les revenus que celles-ci sont autorisées à gagner sans pénalité soient relevés de manière à alléger le fardeau financier de ces personnes et les encourager à travailler.

Que les bénéficiaires d'aide supplémentaire, comme le remboursement partiel de médicaments, conservent cette aide pendant une période prolongée lorsque leur revenu augmente à un point tel qu'ils n'auraient plus droit à une aide au logement ou pour faire face à d'autres frais de subsistance.

Recommandation 37 (pages 220-221)

Que les critères d'admissibilité au Régime de pensions du Canada-Invalidité (RPC-I) soient modifiés de manière à ce que les personnes souffrant de maladie mentale ne soient plus tenues de démontrer que leur maladie est grave et prolongée, mais seulement que leur maladie a été diagnostiquée, qu'elles sont inaptes au travail et qu'elles ont besoin d'un appui financier.

Que le gouvernement du Canada examine la façon dont il pourrait mieux coordonner les prestations de maladie versées dans le cadre de l'assurance-emploi (A-E) et les prestations versées dans le cadre du RPC-I et éliminer les obstacles structurels (notamment financiers) qui limitent les possibilités de réintégration professionnelle.

Que le gouvernement du Canada autorise le RPC à commanditer des recherches sur de nouvelles approches ciblant les personnes atteintes de maladies épisodiques, notamment d'ordre mental, et à faire des tests à ce sujet.

Que le gouvernement du Canada recherche des moyens d'encourager les employeurs à embaucher des personnes atteintes de maladie mentale, notamment en les exemptant des cotisations au RPC.

Recommandation 38 (page 222)

Que l'on modifie les prestations de maladie versées dans le cadre de l'assurance-emploi, de manière à faciliter l'admissibilité des personnes souffrant de maladie mentale. Il faudrait notamment réduire, pour ces dernières, le nombre d'heures à travailler depuis la dernière demande.

Recommandation 39 (page 223)

Que l'on modifie le critère d'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées, pour faciliter l'admissibilité des personnes ayant une maladie mentale, et que l'on relève le montant de ce crédit.

CHAPITRE 9 : LA TOXICOMANIE

Recommandation 40 (page 228)

Qu'une partie de l'aide financière accordée par le Fonds de transition en santé mentale (voir le Chapitre 16) au soutien par les pairs serve à l'établissement et au maintien de groupes d'entraide pour les personnes aux prises avec une dépendance (y compris les joueurs compulsifs) et leur famille.

Recommandation 41 (page 231)

Que les ressources en matière de traitement de la toxicomanie visent également la dépendance aux substances licites telles que l'alcool, le tabac et les médicaments sur ordonnance, et les comportements comme le jeu compulsif.

Recommandation 42 (page 232)

Que les gouvernements provinciaux et territoriaux affectent une partie fixe des revenus tirés du jeu à des programmes de prévention, de sensibilisation et de traitement fondés sur des données probantes et à la recherche sur le jeu compulsif.

Que Statistique Canada s'assure qu'à l'instar de la consommation d'alcool et de drogues, le jeu compulsif au sein de la population est mesuré et fait l'objet de rapports à la suite de sondages réguliers.

Recommandation 43 (page 235)

Que le gouvernement du Canada évalue les résultats des programmes actuels axés sur les problèmes de dépendance des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Que les résultats de cette évaluation soient diffusés par le Centre d'échange des connaissances qui fera partie de la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) dans le but d'établir des modèles de traitement efficaces et d'élargir ces programmes de manière à accroître l'accès et à réduire les périodes d'attente.

Que les provinces et les territoires élaborent et mettent en œuvre des services fondés sur des données probantes et destinés aux personnes marginalisées ainsi que des programmes de prévention primaire et secondaire pour les populations à risque, c'est-à-dire les femmes, les enfants et les jeunes, les aînés et les personnes ayant des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

Recommandation 44 (page 242)

Qu'une partie des fonds consacrés au traitement de la toxicomanie qui proviendront du Fonds de transition en santé mentale soit affectée à l'élaboration de traitements intégrés de troubles concomitants, de même qu'à la recherche et à l'échange du savoir à cet égard.

Que les médecins de famille reçoivent, dans le cadre des programmes de médecine et de perfectionnement professionnel, de la formation visant à diagnostiquer l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).

Que les médecins de famille reçoivent la formation appropriée sur les techniques d'intervention brève et d'entrevue pour reconnaître la consommation problématique conduisant à la toxicomanie.

Recommandation 45 (page 249)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des partenariats avec les organismes nationaux de traitement de la toxicomanie et déploie des efforts pour atteindre l'objectif ultime d'intégration des secteurs de la maladie mentale et du traitement de la toxicomanie.

CHAPITRE 10 : ENTRAIDE ET SOUTIEN PAR LES PAIRS

Recommandation 46 (page 257)

Que soient mis en place des programmes permettant de développer des capacités de leadership parmi les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille.

Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) contribue à cette entreprise en facilitant l'accès électronique à l'information et à l'assistance technique à l'intention des personnes ayant une maladie mentale et des membres de leur famille.

Recommandation 47 (page 262)

Qu'un financement soit établi par le truchement du Fonds de transition en santé mentale (voir le Chapitre 16) avec pour objectif précis :

- d'accroître le nombre de travailleurs rémunérés de soutien des pairs dans les organisations communautaires de santé mentale;
- de fournir un financement stable pour renforcer les initiatives existantes de développement favorisant l'entraide, en lancer des nouvelles (y compris les groupes familiaux) et bâtir un réseau d'initiatives d'entraide et de soutien des pairs couvrant tout le pays.

Que le gouvernement fédéral donne l'exemple, en développant les programmes innovateurs tels que le Programme national de soutien par les pairs à l'intention des membres actuels des Forces canadiennes et des anciens militaires, et appuie grâce à des niveaux de financement suffisants des programmes d'entraide et de soutien des pairs destinés à la clientèle relevant de la compétence fédérale.

Recommandation 48 (page 263)

Que des recherches soient entreprises pour :

- quantifier les avantages de l'entraide et du soutien par les pairs pour les participants;
- déterminer les économies que le système des soins de santé peut réaliser grâce à des initiatives de soutien par les pairs.

Qu'une partie de ces économies soit affectée au financement d'initiatives d'entraide et de soutien par les pairs.

Recommandation 49 (page 265)

Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) appuient la recherche sur l'entraide et le soutien par les pairs et, pour retenir les projets de recherche à financer, adoptent un processus d'examen qui favorise et encourage les méthodologies fondées sur la participation que les personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille préfèrent et trouvent efficaces.

Recommandation 50 (page 268)

Que les mesures de responsabilisation relatives aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie portent non seulement sur des questions de processus, comme le nombre de visites, les heures de consultation ou les sommes dépensées, mais aussi sur les résultats, comme le respect, la préservation de la dignité et l'insistance sur l'espoir et le rétablissement, car ce sont des aspects qui figurent parmi les principales préoccupations des personnes ayant une maladie mentale et les membres de leur famille.

Recommandation 51 (page 271)

Que les exigences en matière de responsabilisation établies pour les groupes d'entraide et de soutien par les pairs ne soient pas exagérément contraignantes et que l'on fasse en sorte que ces groupes puissent y répondre.

Que des procédures d'agrément et d'accréditation des initiatives d'entraide et de soutien par les pairs, dirigées par les usagers et les familles, soient élaborées et financées pour assurer la qualité et appuyer la contribution unique de ces initiatives.

Recommandation 52 (page 273)

Que les organisations existantes et nouvelles pour les usagers et leur famille soient financées à un niveau annuel durable.

Que de vastes coalitions d'organisations d'entraide et de soutien par les pairs soient constituées et financées pour que les organisations cessent d'être isolées et puissent former des réseaux les unes avec les autres.

CHAPITRE 11 : RECHERCHE, ÉTHIQUE ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Recommandation 53 (page 283)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec des organismes de santé non gouvernementaux pour développer et renforcer leur capacité de financement afin de recueillir davantage de fonds pour la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie.

Recommandation 54 (page 283)

Que les Instituts de recherche en santé du Canada cherchent activement d'autres possibilités de partenariats en recherche sur la santé mentale et la toxicomanie avec les secteurs privé et sans but lucratif.

Recommandation 55 (page 284)

Que les Instituts de recherche en santé du Canada officialisent l'implication des organismes non gouvernementaux de santé, des personnes ayant une maladie mentale et des membres de leur famille dans l'établissement des priorités de recherche sur la santé mentale et au niveau de la participation aux comités d'examen par les pairs.

Recommandation 56 (page 287)

Que le gouvernement du Canada engage 25 millions de dollars par an pour la recherche sur les aspects de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie touchant les essais cliniques, les services de santé et la santé de la population.

Que ces fonds soient administrés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies sous l'autorité d'un conseil multilatéral et en consultation avec la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).

Que ces 25 millions de dollars s'ajoutent au financement actuellement fourni aux IRSC.

Recommandation 57 (page 287)

Que le gouvernement du Canada, dans un laps de temps raisonnable, augmente son financement de la recherche en santé de façon à atteindre le niveau de 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé.

Recommandation 58 (page 288)

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, par l'intermédiaire de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, augmentent les fonds disponibles dans le but précis de recruter et former des chercheurs et d'effectuer des recherches cliniques sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Recommandation 59 (page 290)

Que le Centre d'échange des connaissances créé par la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) comprenne, entre autres choses, une base de données sur Internet d'organismes et de possibilités de financement de la recherche, dans laquelle seraient indiqués les sujets et les lieux des recherches et, sous forme résumée, les résultats de recherche de tous les ordres de gouvernement, des universités et des organisations non gouvernementales.

Que le Centre d'échange des connaissances contribue également à la mise en commun des renseignements en organisant des conférences, des ateliers et des sessions de formation sur la recherche en santé mentale.

Recommandation 60 (page 292)

Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, accroissent considérablement leurs efforts en matière d'application des connaissances touchant la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Que les IRSC collaborent étroitement avec le Centre d'échange des connaissances proposé, afin de faciliter l'échange des connaissances entre les décideurs, les dispensateurs de soins et les groupes de consommateurs.

Recommandation 61 (page 294)

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, collaborent étroitement avec la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), les chercheurs, les organismes provinciaux et non gouvernementaux de financement de la recherche et les organisations représentant les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, afin d'élaborer un programme national de recherche sur la santé mentale, la maladie et la toxicomanie.

Recommandation 62 (page 298)

Que l'Agence de santé publique poursuive ses efforts en vue d'élaborer en temps voulu un système national complet de surveillance de la maladie mentale qui incorpore les clauses appropriées en matière de protection de la vie privée.

Que l'Agence de santé publique élargisse la portée des données recueillies de concert avec d'autres organismes, comme l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, ainsi qu'avec d'autres ordres de gouvernement et organismes qui recueillent des données pertinentes.

Que, pour la mise sur pied d'un système national complet de surveillance de la maladie mentale, l'Agence de santé publique collabore avec la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).

Recommandation 63 (page 300)

Que le Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche effectue une étude impliquant de vastes consultations pour savoir si l'Énoncé de politique des trois Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains offre des protections adéquates et une orientation suffisante pour les recherches impliquant des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie. Le groupe devrait également explorer la possibilité d'utiliser les porte-parole des patients dans le cas de personnes atteintes de maladie mentale qui participent à des recherches.

CHAPITRE 12 : LA TÉLÉSANTÉ MENTALE AU CANADA

Recommandation 64 (page 308)

Que les provinces et territoires collaborent pour mettre en œuvre des accords d'autorisation et des politiques de rémunération qui permettront de développer les initiatives de télésanté mentale partout au pays.

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec les provinces et les territoires en vue d'identifier et de résoudre tous les problèmes d'autorisation d'exercer et de rémunération qui sont en suspens.

Recommandation 65 (page 310)

Que les initiatives de télésanté mentale soient admissibles à un financement par le biais du Fonds pour l'adaptation des services de santé mentale (voir le Chapitre 16).

Recommandation 66 (page 311)

Que l'accord de financement entre l'Inforoute Santé du Canada et le gouvernement du Canada soit révisé de telle sorte que l'Inforoute Santé du Canada ne soit plus obligée de ne couvrir qu'un maximum de 50 % des coûts admissibles des projets de télésanté et puisse fixer, pour ses investissements dans les projets de télésanté, le même ratio que dans les autres projets.

Recommandation 67 (page 311)

Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) collabore avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec d'autres organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé, dans le but de mesurer la rentabilité de la prestation des soins de télésanté mentale comparativement aux modes de prestation traditionnels.

Que le Centre d'échange des connaissances contribue au développement d'outils d'évaluation pour les services de télésanté mentale.

Recommandation 68 (page 312)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) encourage l'inclusion de cours en télésanté mentale dans les écoles de médecine et qu'elle collabore avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les organismes professionnels concernés, pour offrir aux actuels fournisseurs de soins de santé de l'information sur la télésanté mentale par le biais de son Centre d'échange des connaissances.

CHAPITRE 13 : LE RÔLE DIRECT DU FÉDÉRAL

13.1 LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Recommandation 69 (page 329)

Que le gouvernement fédéral crée, pour les Premières nations et les Inuits, une instance fédérale semblable à celle de l'Enquêteur correctionnel, de l'Ombudsman des Forces canadiennes ou du Comité externe d'examen de la GRC.

Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur diverses préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits.

Que le ou la responsable de cette instance soit, si possible, d'origine autochtone.

Que cette instance fasse rapport tous les ans au Parlement.

Recommandation 70 (page 330)

Que Affaires indiennes et du Nord Canada, Santé Canada et tout autre ministère ayant la responsabilité directe de programmes ou de services offerts aux Premières nations et aux Inuits établissent un relevé annuel de leurs programmes et services respectifs, pour l'année en cours et les cinq dernières années.

Que ce relevé comprenne une description claire de chaque programme ou service, par exercice; des critères d'admissibilité; du nombre respectif de clients des Premières nations et des Inuits desservis par le programme, par lieu géographique; des budgets consentis et des sommes dépensées; ainsi que toute évaluation ayant été réalisée des résultats obtenus relatifs aux facteurs déterminants de la santé mentale.

Que ce relevé soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Recommandation 71 (page 331)

Que le gouvernement fédéral fasse immédiatement réaliser une étude indépendante des modalités fédérales de prestation des programmes et services se rapportant à la santé des Premières nations et des Inuits dans son ensemble.

Que cette étude envisage diverses possibilités de prestation de ces services; fasse une évaluation claire de ces possibilités; et aboutisse au dépôt d'un rapport complet au Parlement, assorti de recommandations, en 2008.

13.2 LES DÉLINQUANTS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

Recommandation 72 (page 345)

Que Service correctionnel Canada (SCC) élabore et mette en œuvre un ensemble de normes en soins de santé mentale applicable dans les établissements carcéraux et en milieu de transition, qui soit équivalent aux normes en vigueur dans les milieux accessibles à la population générale.

Que les normes de SCC soient fondées sur des données statistiques portant sur les délinquants sous responsabilité fédérale, leurs problèmes de santé mentale et de toxicomanie, notamment la prévalence de la maladie mentale, les traitements utilisés (psychothérapie, médication, etc.), les taux d'hospitalisation, etc.

Que la mise en œuvre par SCC de cet ensemble de normes fasse l'objet d'un examen annuel confié à un organisme indépendant ayant des compétences dans le domaine de la santé mentale, comme la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16).

Que les données servant de toile de fond aux normes soient rendues publiques et mises à la disposition des chercheurs à des fins d'analyse indépendante.

Que l'évaluation de rendement soit déposée au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Recommandation 73 (pages 346-347)

Que Service correctionnel Canada fasse réaliser, par un professionnel reconnu, une évaluation clinique complète de la santé mentale de chaque délinquant, au plus tard dans les sept jours civils suivant son arrivée à l'unité de réception, afin de déterminer ses besoins en matière de soins de santé mentale ou de toxicomanie.

Que Service correctionnel Canada donne aux agents correctionnels et autres membres du personnel, dès leur entrée en fonction, une formation leur permettant de faire la distinction entre une crise de santé mentale et un problème de sécurité.

Que Service correctionnel Canada mette des services de psychothérapie à la portée des délinquants qui en ont médicalement besoin, et que ces services soient offerts par un psychiatre, un psychologue, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé n'ayant pas la responsabilité d'évaluer le risque posé par le délinquant.

Que Service correctionnel Canada augmente la capacité de ses centres de traitement en y ajoutant des lits et du personnel.

Que Service correctionnel Canada mette immédiatement en œuvre dans tous les établissements correctionnels fédéraux des mesures de réduction du préjudice.

Recommandation 74 (page 347)

Que Service correctionnel Canada mette sur pied un système de prise en charge qui garantisse aux délinquants l'accès aux traitements de santé mentale dont ils ont besoin après leur mise en liberté, notamment l'accès, sans frais, aux médicaments nécessaires jusqu'à ce qu'ils bénéficient des services communautaires provinciaux ou territoriaux.

13.3 LES FORCES ARMÉES CANADIENNES

Recommandation 75 (page 356)

Que le ministère de la Défense nationale fasse le relevé annuel de ses programmes et services de santé mentale.

Que ce relevé comprenne une description claire de chaque programme ou service comprenant le nombre de clients desservis, les budgets consentis et les sommes dépensées, et une évaluation des résultats obtenus.

Que ce relevé soit déposé au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Recommandation 76 (page 357)

Que la Défense nationale exige de tout le personnel médical qu'il reçoive une formation relative aux traumatismes liés au stress opérationnel et que cette formation comprenne notamment :

- la consignation du détail des antécédents militaires et des circonstances ayant produit le traumatisme;
- la reconnaissance/détection des symptômes du traumatisme lié au stress opérationnel;
- la connaissance des diverses modalités de traitement;
- les méthodes de suivi à long terme.

Que la Défense nationale mette cette information à la disposition du personnel médical civil, au moyen de publications, de séminaires ou par d'autres tribunes publiques.

Que la Défense nationale étudie les moyens de promouvoir le recours plus large aux réseaux d'entraide et la mise à contribution accrue de la famille et de la collectivité.

Recommandation 77 (page 357)

Que la Défense nationale évalue les programmes et services actuellement offerts aux réservistes en matière de problèmes de santé mentale résultant de leur mobilisation, notamment les services visant le stress post-traumatique et la toxicomanie, et qu'elle fasse rapport au Parlement.

13.4 LES ANCIENS COMBATTANTS

Recommandation 78 (page 368)

Qu’Anciens Combattants Canada, conjointement avec le ministère de la Défense nationale, établisse un relevé annuel des programmes et services de santé mentale, indiquant le nombre de clients desservis, les budgets accordés et les sommes dépensées, et les résultats obtenus.

Que ce rapport soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Recommandation 79 (page 368)

Que le gouvernement du Canada crée à l’intention des anciens combattants une instance semblable à celle de l’Enquêteur correctionnel, de l’Ombudsman des Forces canadiennes ou du Comité externe d’examen de la GRC.

Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des anciens combattants.

Que cette instance fasse rapport tous les ans au Parlement à compter de 2007.

13.5 LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA

Recommandation 80 (page 375)

Que le gouvernement fédéral subventionne un programme de formation des membres de la GRC sur la maladie mentale et les toxicomanies.

Que la GRC publie dès que possible en 2006 les résultats de l’analyse réalisée par le groupe de travail chargé d’étudier la question de l’invalidité à la GRC et les besoins en programmes et services.

Que la GRC crée un programme d’entraide pour ses membres, inspiré du modèle d’ACC/MDN dans le domaine du stress post-traumatique.

Que la GRC inscrive ces initiatives ainsi que d’autres programmes et services dans un relevé annuel des programmes et services offerts aux agents de la GRC.

Que ce relevé soit soumis au Parlement tous les ans à compter de 2008.

Recommandation 81 (page 375)

Que le Comité externe d’examen de la GRC procède à l’analyse des besoins de santé mentale des membres actifs et retraités de la GRC et fasse rapport au Parlement d’ici 2007.

13.6 LES IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Recommandation 82 (page 383)

Que le gouvernement fédéral crée une instance pour les immigrants et les réfugiés, semblable à l'Enquêteur correctionnel, à l'Ombudsman des Forces canadiennes ou au Comité externe d'examen de la GRC.

Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des immigrants et des réfugiés.

Que cette instance fasse rapport au Parlement tous les ans.

Recommandation 83 (page 384)

Que Citoyenneté et Immigration Canada établisse un relevé annuel des ses programmes et services relatifs à la santé mentale, en indiquant notamment le nombre de clients desservis, les budgets consentis et les sommes dépensées, et les résultats obtenus, et en fasse rapport au Parlement à compter de 2008.

Que Citoyenneté et Immigration Canada, pour faciliter l'accès aux cours de langues officielles augmente les allocations de formation, améliore les horaires de cours et offre les cours dans des lieux plus accessibles.

13.7 LES EMPLOYÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE FÉDÉRALE

Recommandation 84 (page 391)

Que le gouvernement fédéral s'inspire du modèle établi par la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness pour coordonner ses politiques, programmes et services interministériels relatifs à la maladie mentale.

Que le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, fasse alliance avec d'autres secteurs et ordres de gouvernement, et notamment avec la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Illness, pour stimuler et faciliter la mise en commun de pratiques exemplaires pouvant favoriser le mieux-être en milieu de travail et une meilleure santé mentale chez les employés.

Qu'en élaborant ses stratégies de promotion de la santé mentale en milieu de travail, le gouvernement fédéral mette l'accent sur des mesures pouvant réduire et, avec le temps, éliminer la stigmatisation de la maladie mentale.

Recommandation 85 (page 391)

Que l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique procède à l'évaluation annuelle des politiques, programmes et activités mises en place par le gouvernement fédéral afin de promouvoir la santé mentale dans la fonction publique.

Que ces évaluations se fondent sur des indicateurs de rendement clairs et notamment sur des sondages d'opinion servant à déterminer le degré de satisfaction des employés.

Que les évaluations servent de base à la modification des politiques, des programmes et des activités afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins des employés.

Que les résultats de ces évaluations, et les modifications qui en ont résulté, fassent l'objet d'un rapport annuel au Parlement à compter de 2008.

13.8 VERS UNE STRATÉGIE GLOBALE VISANT LA CLIENTÈLE FÉDÉRALE

Recommandation 86 (pages 392-393)

Que le gouvernement fédéral élabore une stratégie de santé mentale applicable à l'ensemble de la clientèle fédérale, tout en tenant compte des besoins particuliers de chaque groupe.

Que cette stratégie fixe des objectifs, notamment un calendrier de mise en œuvre et d'évaluation subséquente.

Que la stratégie ait pour objectif de faire du gouvernement fédéral un employeur modèle et un fournisseur modèle de service à ses divers clients.

Recommandation 87 (page 393-394)

Que la stratégie de santé mentale que le gouvernement fédéral mettra au point s'inscrive dans une optique de santé publique et mise sur les facteurs déterminants de la santé mentale, et plus particulièrement sur les facteurs économiques, éducationnels, professionnels et sociaux qui ont une incidence sur la santé mentale de tous les clients fédéraux.

Que le gouvernement fédéral fasse rapport au Parlement en 2008 de ce qu'il entend mettre en œuvre comme stratégie de santé publique destinée aux clients fédéraux.

Recommandation 88 (page 394)

Que le gouvernement fédéral élabore et mette immédiatement sur pied une campagne de lutte contre la stigmatisation pour aider tous ses groupes de clients.

Recommandation 89 (page 395)

Que le gouvernement fédéral crée un mécanisme central de coordination des activités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, programmes et services relatifs à la santé mentale dans l'ensemble de ses ministères et organismes.

Que cette entité fédérale travaille en collaboration avec l'Enquêteur correctionnel, l'Ombudsman des Forces canadiennes et le Comité externe d'examen de la GRC et les autres instances semblables qui seront créées par les ministères pour faire en sorte que les besoins de chaque groupe client soient satisfaits.

Que cette entité fédérale coordonne et supervise les activités de ces diverses instances dans leur travail d'enquête et de résolution des préoccupations soulevées par les groupes de clients fédéraux concernant des services de santé mentale qui leur sont offerts.

Que cette entité fédérale fasse un rapport annuel au Parlement.

Recommandation 90 (page 397)

Que le gouvernement fédéral entreprenne immédiatement une évaluation des tous les régimes d'assurance mis à la disposition de ses clients afin d'en déterminer l'efficacité et l'applicabilité.

Que cette évaluation comprenne une appréciation comparative des avantages, de la protection en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, des frais administratifs, et des résultats obtenus dans le cas de chaque régime d'assurance.

Que cette évaluation des régimes d'assurance fasse l'objet d'un rapport déposé au Parlement en 2008.

Recommandation 91 (page 399)

Que tous les ministères fédéraux qui ont la responsabilité directe d'offrir des programmes et services à certains groupes de clients – notamment les Premières nations et les Inuits, les délinquants sous responsabilité fédérale, les immigrants et les réfugiés, les anciens combattants, les Forces canadiennes, la GRC et les employés de la fonction publique fédérale – produisent un rapport annuel qui décrit la responsabilité fédérale et les programmes et services fédéraux et qui indique dans quelle mesure ceux-ci répondent aux besoins de santé mentale des clients visés.

Que ce rapport comprenne un relevé annuel de leurs programmes et services respectifs ainsi qu'une comparaison sur trois ans.

Que ce relevé décrive clairement, pour chaque programme ou service et par exercice financier, les critères d'admissibilité, le nombre de clients desservis, les budgets accordés et les sommes dépensées, et présente une évaluation des résultats obtenus par rapport aux facteurs déterminants de la santé mentale.

Que ce relevé soit déposé au Parlement tous les ans à compter de 2008.

CHAPITRE 14 : LES PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA

Recommandation 92 (page 404)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse un Comité consultatif des Autochtones composé de représentants des communautés autochtones, dont elle établira la composition en consultation avec des organismes autochtones de manière à représenter les Premières nations, les Inuits et les Métis et refléter globalement la répartition géographique des collectivités autochtones dans le pays.

Recommandation 93 (page 411)

Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), avec la participation pleine et entière de son Comité consultatif des Autochtones, élabore une stratégie en matière de bien-être et de guérison sur le plan de la santé mentale pour l'ensemble des peuples autochtones.

Que la stratégie énonce des buts, ainsi qu'un calendrier d'application, et des recommandations sur la façon d'évaluer les résultats.

Que la stratégie prévoie des approches distinctes pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Recommandation 94 (page 418)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16), en consultation avec son Comité consultatif autochtone, élabore, en tant que composante intégrale de la stratégie en matière de bien-être et de guérison dans le domaine de la santé mentale, un plan qui :

- dégagerait les principaux déterminants de la santé;
- évaluerait l'effet de ces déterminants sur la santé mentale;
- préciserait les mesures à mettre en place et
- établirait les calendriers et les niveaux de financement nécessaires pour encourager bien-être et guérison.

Recommandation 95 (page 424)

Que le gouvernement du Canada crée un Comité interministériel composé de sous-ministres des ministères assumant une responsabilité à l'égard des peuples autochtones et présidé par le Bureau du Conseil privé.

Que ce Comité interministériel prépare un rapport qu'il déposera au Parlement tous les deux ans sur l'incidence du travail de ces ministères sur le bien-être des peuples autochtones et, notamment, mais sans s'y limiter, sur leur santé mentale.

Que le rapport sur le bien-être des Autochtones comporte une liste de tous les programmes et services fédéraux propres à chaque groupe de peuples autochtones et précise les dépenses effectuées et l'incidence de ces dernières sur les résultats obtenus sur le plan de la santé et, notamment, de la santé mentale;

Que le Comité interministériel appuie des groupes de travail composés de représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis et chargés de fournir des renseignements et des conseils et de vérifier le rapport.

Recommandation 96 (page 433)

Que le gouvernement du Canada travaille en étroite collaboration avec les provinces et territoires et les représentants des diverses collectivités autochtones à la mise sur pied des programmes et services jugés nécessaires par les peuples autochtones.

Que les critères de conception et de prestation des programmes et services jugés nécessaires tiennent compte du fait qu'il est important d'accroître la participation de la collectivité et d'assurer l'accommodement culturel et l'égalité d'accès.

Que tout mode de prestation de ces programmes et services comporte un mécanisme permanent de surveillance et d'évaluation par le public des résultats qu'aura obtenus l'organisme qui en assure le financement.

Que les critères de financement et de reddition de comptes soient rendus publics.

Recommandation 97 (page 436)

Que le gouvernement du Canada renouvelle le mandat de la Fondation autochtone de guérison et en assure le financement pendant trois autres années.

Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) et son Comité consultatif autochtone entreprennent une évaluation de l'efficacité et de l'efficacités de la Fondation autochtone de guérison.

Que les résultats de l'évaluation s'assortissent de recommandations concernant l'avenir de la Fondation autochtone de guérison et soient rendus publics.

Recommandation 98 (page 440)

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les universités et collèges à l'établissement de cibles claires concernant les ressources autochtones en santé humaine.

Que le gouvernement du Canada finance des mesures visant à faciliter spécifiquement l'inscription des Autochtones à des programmes d'études menant à une carrière dans le secteur de la santé mentale.

Que le gouvernement du Canada accroisse son appui financier et social aux étudiants autochtones qui poursuivent ce type d'études.

Recommandation 99 (page 444)

Qu'en priorité la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des mesures visant à réduire les taux de suicide alarmants chez les peuples autochtones.

Que l'établissement de ces mesures fasse partie de son action prioritaire en matière de stratégie de guérison et de bien-être pour les autochtones.

Que le gouvernement du Canada mette sur pied un fonds conçu expressément pour lutter contre le suicide qui tienne compte des besoins distincts de chaque groupe d'Autochtones.

Que ce fonds comprenne des affectations particulières pour que l'on puisse mettre en place toutes les mesures que la Commission canadienne de la santé mentale aura prévues, pour que les Instituts de recherche en santé du Canada puissent intensifier leurs recherches sur le sujet et pour que l'Institut canadien d'information sur la santé, en collaboration avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, puisse réunir des données précises sur la question.

Recommandation 100 (pages 446-447)

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) établisse des mesures visant à réduire les taux alarmants d'alcoolisme et de toxicomanie chez les peuples autochtones.

Que l'établissement de ces mesures fasse partie de son programme prioritaire visant une stratégie de guérison et de bien-être des Autochtones.

Que le gouvernement du Canada établisse un fonds affecté exclusivement à la lutte contre les toxicomanies qui tienne compte des besoins distincts de chaque groupe d'Autochtones.

Que ce fonds comprenne des affectations particulières pour que l'on puisse mettre en place toutes les mesures que la Commission canadienne de la santé mentale aura prévues, pour que les Instituts de recherche en santé du Canada puissent intensifier leurs recherches sur le sujet et pour que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, puisse réunir des données précises sur la question.

Recommandation 101 (page 450)

Que le gouvernement du Canada travaille avec l'Organisation nationale de la santé autochtone à l'évaluation de la pertinence de l'enquête régionale sur la santé des Premières nations, comme modèle de collecte de données sur d'autres peuples autochtones.

Que l'Institut canadien d'information sur la santé soit encouragé à fournir une analyse des déterminants de la santé pour chacun des peuples autochtones

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour que l'on comprenne mieux les causes et l'incidence des maladies mentales.

Recommandation 102 (page 455)

Que le gouvernement du Canada analyse immédiatement le niveau actuel du financement fédéral consacré aux peuples autochtones.

Que ces analyses portent sur le financement nécessaire pour changer les principaux déterminants de la santé des peuples autochtones.

Que ces analyses comprennent des évaluations à court, à moyen et à long terme des besoins de financement.

Que le premier rapport que le Comité interministériel soumettra au Parlement (voir section 14.6.3) présente les résultats de ces analyses.

CHAPITRE 15 : PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DES TROUBLES

Recommandation 103 (page 470)

Que la santé mentale soit inscrite comme question de santé prioritaire immédiate dans la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

Recommandation 104 (page 470)

Que l'Agence de santé publique du Canada, en collaboration avec d'autres intervenants, produise un Guide canadien de la santé mentale et veille à en faire une vaste diffusion.

Recommandation 105 (pages 472-473)

Que le gouvernement fédéral engage des ressources suffisantes pour permettre à l'Agence de santé publique du Canada d'assumer la responsabilité première de la définition des priorités nationales en matière d'interventions pour la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et de travailler, de concert avec d'autres intervenants, à l'élaboration de mesures concrètes correspondant à ces priorités.

Que toutes les initiatives de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales prévoient des dispositions de surveillance et d'évaluation des résultats.

Que le Centre d'échange des connaissances (voir le Chapitre 16) collabore étroitement avec des organismes existants, tels que l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, pour recueillir et diffuser des données sur l'évaluation des interventions de promotion de

la santé mentale et de prévention des maladies mentales, y compris les campagnes de prévention du suicide.

Que, dans ce contexte, la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) explore la possibilité :

- d'élaborer des mesures communes pour évaluer les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales;
- d'analyser les initiatives stratégiques fédérales pour en déterminer les répercussions probables sur la santé mentale;
- de cerner des groupes de problèmes ou de populations à risque qui ne font actuellement l'objet d'aucune mesure.

Recommandation 106 (pages 476-477)

Que le gouvernement fédéral appuie les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et d'autres organismes travaillant à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

Que la Commission canadienne de la santé mentale (voir le Chapitre 16) collabore étroitement avec tous les intervenants, notamment dans le but :

- d'élaborer des normes et des protocoles cohérents pour la collecte de renseignements sur les décès par suicide, les tentatives de suicides qui n'ont pas abouti et les pensées suicidaires;
- d'intensifier l'étude et la diffusion des facteurs de risque, des signes précurseurs et des facteurs de protection pour les personnes, les familles, les collectivités et la société;
- d'appuyer l'établissement d'un programme national de recherche sur le suicide, selon les modalités proposées par les Instituts de recherche en santé du Canada.

CHAPITRE 16 : INITIATIVES NATIONALES POUR LA SANTÉ MENTALE

Recommandation 107 (page 496)

Que la Commission canadienne de la santé mentale soit constituée et entre en activité d'ici le 1^{er} septembre 2006.

Que les principes directeurs, le mandat, le mode de fonctionnement et les activités de la Commission canadienne de la santé mentale correspondent à la description donnée aux sections 16.2.2 à 16.2.5 du présent rapport.

Que la composition du conseil d'administration de la Commission et de son personnel corresponde à la description donnée aux sections 16.2.6 et 16.2.7 du présent rapport.

Que le gouvernement du Canada affecte 17 millions de dollars par an au fonctionnement et aux activités de la Commission; de ce montant, 5 millions de dollars par an seraient consacrés à une campagne nationale contre la stigmatisation, 6 millions de dollars par an à la création du Centre d'échange des connaissances et 6 millions de dollars par an au fonctionnement de la Commission.

Recommandation 108 (pages 507-508)

Que le gouvernement du Canada crée un Fonds de transition en santé mentale pour accélérer la transition vers un système où la prestation des services en santé mentale se fera essentiellement dans la collectivité.

Que les sommes versées dans ce fonds soient mises à la disposition des provinces et des territoires au prorata de la population et que la gestion du Fonds soit confiée à la Commission canadienne de la santé mentale dont la création a été entérinée par tous les ministres de la Santé à l'exception de celui du Québec.

Que les provinces et les territoires puissent se prévaloir du Fonds pour financer un panier de services communautaires :

- qui autrement n'auraient pas vu le jour, c'est-à-dire qu'ils représentent un surcroît de dépenses par rapport aux dépenses courantes augmentées de la hausse annuelle normale des dépenses globales de santé;
- qui faciliteront la transition vers l'établissement d'un système reposant essentiellement sur la prestation des services en santé mentale dans la collectivité.

Que, dans le contexte du Fonds de transition en santé mentale, le gouvernement du Canada lance une Initiative d'aide au logement pour la santé mentale afin de financer l'aménagement de logements abordables et des programmes de suppléments au loyer pour donner aux personnes atteintes de maladie mentale les moyens de louer un appartement au taux du marché.

Que, dans la gestion du volet logement du Fonds de transition en santé mentale, la Commission canadienne de la santé mentale travaille en étroite collaboration avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Recommandation 109 (page 509)

Que le gouvernement fédéral verse aux territoires une somme supplémentaire qui viendrait s'ajouter à l'affectation provenant du Fonds de transition en santé mentale, calculée au prorata de la population, en vue de les aider à répondre aux besoins des collectivités éloignées, isolées et non urbaines.

Recommandation 110 (page 509)

Que l'utilisation des sommes provenant du Fonds de transition en santé mentale fasse l'objet d'une vérification externe, menée par les vérificateurs généraux des provinces, pour que les dépenses soient conformes aux deux objectifs du Fonds de transition, à savoir :

- a) financer les services et soutiens communautaires de santé mentale et
- b) augmenter le montant total que chaque gouvernement consacre à l'amélioration de la santé mentale et au traitement des maladies mentales.

Recommandation 111 (page 511)

Que le Panier de services communautaires, un des éléments du Fonds de transition en santé mentale, soit doté d'un budget moyen de 215 millions de dollars par an sur une période de dix ans, pour un total de 2,15 milliards de dollars.

Recommandation 112 (pages 515-516)

Que le gouvernement du Canada investisse 2,24 milliards de dollars sur dix ans dans l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale, qui ferait partie du Fonds de transition en santé mentale.

Que le but de l'Initiative soit de faire en sorte que la proportion de personnes atteintes de maladie mentale qui ont besoin d'un logement abordable de qualité et de taille convenables, actuellement de 27 p. cent, soit ramenée à la moyenne nationale des gens qui ont le même besoin (15 p. cent), en permettant à 57 000 personnes atteintes de maladie mentale d'avoir accès à un logement abordable.

Que, pendant la durée de l'Initiative, 60 p. cent de ses fonds servent à verser des suppléments au loyer à des personnes atteintes de maladie mentale qui ne pourraient pas autrement se payer un logement au prix du marché, et 40 p. cent soient destinés à la construction de nouvelles unités de logement abordable.

Que, pour que le plus grand nombre de personnes possible bénéficie d'une aide immédiate, 80 p. cent des fonds disponibles soient affectés aux suppléments au loyer pendant les trois premières années de l'Initiative et que, durant cette période, le gouvernement fédéral assume la totalité de ces suppléments, après quoi ce coût sera partagé selon les ententes existantes entre le fédéral, les provinces et les territoires.

Que soient encouragées des approches innovatrices de la part des gouvernements, des autorités sanitaires et des organisations sans but lucratif, comme le regroupement de subventions en vue de former des partenariats avec des locataires pour l'achat de logements.

Qu'au terme des dix ans d'existence de l'Initiative, la Société canadienne d'hypothèques et de logement soit mandatée pour faire en sorte que le pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale qui ont besoin d'un logement abordable de qualité et de taille convenables équivaille à celui de la population en général.

Recommandation 113 (page 519)

Que le gouvernement du Canada inclue dans le Fonds de transition 50 millions de dollars par an, qui seraient versés aux provinces et aux territoires pour des programmes et services de proximité, de traitement et de prévention destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants. Comme pour le reste du Fonds de transition, cette somme serait gérée par la Commission canadienne de la santé mentale, mais, dans ce cas-ci, en collaboration étroite avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, les provinces, les territoires et d'autres intervenants.

Recommandation 114 (page 520)

Que le gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires 2,5 millions de dollars par an pour les aider à concrétiser leurs plans de télésanté mentale. Cette somme ferait partie du Fonds de transition en santé mentale et serait administrée par la Commission canadienne de la santé mentale.

Recommandation 115 (page 520)

Que le gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires 2,5 millions de dollars par an pour des programmes d'entraide et de soutien par les pairs. Cette somme ferait partie du Fonds de transition en santé mentale et serait administrée par la Commission canadienne de la santé mentale.

Recommandation 116 (page 521)

Que le gouvernement fédéral engage immédiatement 25 millions de dollars supplémentaires par an pour la recherche sur les aspects de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie touchant les essais cliniques, les services de santé et la santé de la population.

Que ces fonds soient administrés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies sous l'autorité d'un conseil multilatéral et en consultation avec la Commission canadienne de la santé mentale.

Que ces 25 millions de dollars s'ajoutent au financement actuellement fourni aux IRSC.

Recommandation 117 (page 522)

Que, pour générer les recettes supplémentaires qui seront à l'origine des investissements fédéraux recommandés pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, le gouvernement du Canada augmente les droits d'accise sur les boissons alcoolisées de 5 cents par consommation standard.

Recommandation 118 (page 523)

Que le gouvernement du Canada réduise de 5 cents par consommation le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool se situe entre 2,5 % et 4 % et supprime complètement le droit d'accise sur la bière dont la teneur en alcool est inférieure à 2,5 %.

ANNEXE B:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
-PREMIÈRE SESSION DE LA 38^E LÉGISLATURE
(4 OCTOBRE 2004 — 29 NOVEMBRE 2005)**

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Bonita Allan	6 juin 2005	18
À titre personnel	Francesca Allan	6 juin 2005	18
À titre personnel	Lionel Berger	16 février 2005	6
À titre personnel	Edouardine Boudreau	11 mai 2005	15
À titre personnel	Monette Boudreau	11 mai 2005	15
À titre personnel	Lembie Buchanan	16 février 2005	6
À titre personnel	Pat Capponi	15 février 2005	5
À titre personnel	Geraldine Cardinal	9 juin 2005	21
À titre personnel	Richard Casey	15 février 2005	5
À titre personnel	Barbara Chatelain	1 ^{er} juin 2005	16
À titre personnel	Raymond Cheng	17 février 2005	7
À titre personnel	Crushing, Graham	15 février 2005	5
À titre personnel	Michèle Dawson	21 juin 2005	23
À titre personnel	Harold Dunne	14 juin 2005	22
À titre personnel	Roslyn Durdy	15 février 2005	5
À titre personnel	Louise Elliott	16 février 2005	6
À titre personnel	Ron Fitzpatrick	14 juin 2005	22
À titre personnel	Helen Forristall	14 juin 2005	22
À titre personnel	Phyllis Grant-Parker	16 février 2005	6
À titre personnel	Julie Haubrich	16 février 2005	6
À titre personnel	Donna Huffman	1 ^{er} juin 2005	16
À titre personnel	Deborah Jackman	14 juin 2005	22
À titre personnel	Ruth Johnson	6 juin 2005	16-18
À titre personnel	Soeur Johanna Jonker	1 ^{er} juin 2005	16

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Honorable Juge Douglas Carruthers	16 février 2005	6
À titre personnel	Honorable Juge Richard D. Schneider	16 février 2005	6
À titre personnel	Susan Kilbridge-Roper	9 mai 2005	15
À titre personnel	Charles Leblanc	11 mai 2005	15
À titre personnel	George MacDonald	9 mai 2005	15
À titre personnel	Gail MacLean	16 juin 2005	22
À titre personnel	Adrienne Magennis	15 février 2005	5
À titre personnel	Rafe K.Mair	8 juin 2005	19
À titre personnel	Roman Marshall	31 mai 2005	16
À titre personnel	Tara Marttinen	16 février 2005	6
À titre personnel	Carolyn Mayeur	15 février 2005	5
À titre personnel	Rona Maynard	16 février 2005	6
À titre personnel	Neil McQuaid	15 février 2005	5
À titre personnel	Sheila Morrison	9 mai 2005	15
À titre personnel	Roy Muise	9 mai 2005	15
À titre personnel	Chef Susan Levy Peter,	11 mai 2005	15
À titre personnel	Darrell C. Powell	15 février 2005	5
À titre personnel	Doris Ray	6 juin 2005	18
À titre personnel	Gregg Reddin	16 juin 2005	22
À titre personnel	Dr. Ian Reid	16 juin 2005	22
À titre personnel	David Reville	15 février 2005	5
À titre personnel	Sven Robinson	7 juin 2005	19
À titre personnel	Robert J.Ryan	14 juin 2005	22
À titre personnel	Sandra Schwartz	16 février 2005	6
À titre personnel	Scott Simmie	16 février 2005	6
À titre personnel	Richard Smith	15 février 2005	5
À titre personnel	Morra Stewart	16 février 2005	6
À titre personnel	Allan Strong	15 février 2005	5

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Joyce Taylor	9 mai 2005	15
À titre personnel	Sheila Wallace-Hayes	9 mai 2005	15
À titre personnel	Don Weitz	16 février 2005	6
À titre personnel	Norrah Whitney	15 février 2005	5
À titre personnel	Rob Wipond	6 juin 2005	18
Aboriginal Survivors for Healing	Tarry Hewitt, coordonnatrice de projet	16 juin 2005	22
Across Boundaries – Centre ethnoracial de santé mentale	Martha Ocampo, co-directrice	17 février 2005	7
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission	Bill Bell, directeur des services résidentiels	9 juin 2005	21
	Murray Finnerty, premier dirigeant		
	Dave Rodney, président		
Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health	George Lucki, président	9 juin 2005	21
Alberta Mental Health Board	Elsie Bastien, coordonnatrice des liaisons avec les Autochtones	9 juin 2005	21
	Sharon Steinhauer, membre du conseil d'administration		
Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee	Gloria Laird, coprésidente	9 juin 2005	21
	Sykes Powderface, coprésidente		
Alberta Mental Health Self Help and the National Network for Mental Health	Carmela Hutchinson, présidente	9 juin 2005	21
Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario (ADRA) and Addiction Intervention Association	Jeff Wilbee, directeur général	21 sept. 2005	28
Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba	Carol Hiscock, membre	31 mai 2005	16
Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne	Phil Upshall, directeur exécutif	21 avril 2005	13
	Dr John Service, président		
Anciens combattants du Canada	Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Services aux anciens	23 février 2005	8

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
	combattants		
Assemblée des chefs du Manitoba	Chef Norman Bone	31 mai 2005	16
	Chef Ron Evans		
	Christina Keeper, équipe de prévention du suicide		
	Irene Linklater, directrice de recherche, Unité de recherche et d'élaboration des politiques	1 ^{er} juin 2005	
	Kathleen McKay, Conseil de la jeunesse	31 mai 2005	
	Amanda Meawasige, Conseil de la jeunesse		
	Gwen Wasicuna, Conseil de la jeunesse		
	Jason Whitford, coordonnateur, Conseil de la jeunesse		
Assemblée des Premières nations	Dre Valérie Gideon, directrice, Service de santé et du développement social	20 sept. 2005	23
	Chief A-in-chut (Shawn Atleo, chef régionale de la Colombie-Britannique)	21 juin 2005	27
Association canadienne de la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse	Carole Tooton, directrice exécutive	9 mai 2005	15
Association canadienne de psychologie	John Arnett, président	20 avril 2005	13
Association canadienne de sécurité agricole	Marcel Hacault, directeur exécutif	1 ^{er} juin 2005	16
	Kim Moffat, conseiller, Manitoba Farm and Rural Stress Line		
Association canadienne de sécurité agricole	Janet Smith, gestionnaire du Manitoba Farm and Rural Stress Line	1 ^{er} juin 2005	16
Association Canadienne des Sociétés Elizabeth Fry	Kim Pate, directrice exécutive	16 février 2005	6

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association canadienne pour la prévention du suicide	Paul Links, DM, président, professeur en psychiatrie, Université de Toronto	17 février 2005	7
Association canadienne pour la santé mentale	Penelope Marrett, chef de la direction	20 avril 2005	13
Association canadienne pour la santé mentale (bureau de Toronto)	Steve Lurie, directeur exécutif	17 février 2005	7
Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario	Mary-Ann Baynton, directrice	5 juillet 2005	25
Association canadienne pour la santé mentale, division du Nouveau-Brunswick	Armand Savoie, président	11 mai 2005	15
Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Terre-Neuve-et-Labrador	Geoff Chaulk, directeur exécutif	15 juin 2005	22
Association canadienne pour la santé mentale, section de l'Alberta	Peter Portlock, directeur exécutif	9 juin 2005	21
Association canadienne pour la santé mentale, section de la Colombie-Britannique	Bev Gutray, directrice exécutive	6 juin 2005	18
Association canadienne pour la santé mentale, section de la Saskatchewan	David Nelson, directeur exécutif	2 juin 2005	17
Association canadienne sur la santé mentale (I.-P.-É.) Groupe de travail sur les besoins en matière de soutien	Bonnie Arnold, directrice exécutive associé	16 juin 2005	22
Association des hôpitaux de l'Ontario	Dr. Paul Garfinkel, président, Comité de travail sur la santé mentale	17 février 2005	7
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale	20 avril 2005	13
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président	20 avril 2005	13

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association médicale canadienne	Dr. Albert Schumacher, président	20 avril, 2005	13
	Dr. Isra Levy, administratrice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique		
Association psychiatrique de la Saskatchewan	Dr. David Keegan, membre	2 juin 2005	17
	Dr. Dhanpal Natarajan, ancien président		
	Dr. Annu Thakur, membre		
Association des psychiatres de Terre-Neuve et le Labrador	Ted S. Callanan, président	15 juin 2005	22
Atlantic Association of Addiction Executives:	Greg Purvis, président	21 sept. 2005	28
Au coeur des familles agricoles	Maria Labrecque-Duchesneau, directrice générale	21 juin 2005	23
BC Alliance for Accountable Mental Health and Addictions Services	John Russell, président	7 juin 2005	19
Bluewater District School Board	Michelle Forge, surintendante des services aux étudiants	6 mai 2005	14
British Columbia Psychogeriatric Association	Penny MacCourt, membre du conseil d'administration et ancienne présidente	8 juin 2005	20
Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille de l'Ontario	Judy Finlay, intervenante en chef	6 mai 2005	14
Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada	Nathalie Neault, directrice des enquêtes Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada	7 juin 2005	19
Bureau de l'ombudsman de la Nouvelle-Écosse	Dwight Bishop, ombudsman	10 mai 2005	15
	Christine Brennan, superviseure, Services pour les jeunes et les personnes âgées		
Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison	Dr. Dorothy Cotton, coprésidente, psychologue	16 février 2005	6

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Capital District Health Authority	Stephen Ayr, directeur de la recherche	9 mai 2005	15
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	Michel Perron, directeur général	21 sept. 2005	28
	Dr John Weekes, analyste principal de recherche		
Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba	Randall Fransoo, recherchiste	1 ^{er} juin 2005	16
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie – Université du Québec à Montréal	Sylvaine Raymond, coordonnatrice de la recherche	5 juillet 2005	25
Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba	Dr Javier Mignone, associé de recherche	1 ^{er} juin 2005	16
Centre de rétablissement Shepody	Bernard Galarneau, psychologue et directeur des politiques	11 mai 2005	15
Centre de santé IWK	Andy Cox, bénéficiaire et défenseur des soins de santé mentale	6 mai 2006 10 mai 2005	14 15
	Wade Junek, psychiatre consultant, Services de traitement de jour	10 mai 2005	15
	Susan Mercer, vice-présidente intérimaire, Programme en santé mentale pour les enfants et les adolescents		
	Herb Orlik, directeur clinique, chef de psychiatrie		
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Barr, consultante en éducation et publication	8 juin 2005	20
	Diana Capponi	15 février 2005	5
	Margaret C. Flower, conseillère clinicienne	8 juin 2005	20
	Betty Miller, coordonnatrice du Conseil pour la famille	15 février 2005	5

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Wayne Skinner, directeur de clinique, Programme des troubles concomitants	21 sept. 2005	28
Centre des services sociaux de Sept-Îles	Dre Manon Charbonneau, psychiatre	21 juin 2005	23
Centre for Addictions Research of BC, Université de Victoria	Tim Stockwell, directeur	21 sept. 2005	28
Centre Jean Tweed	Nancy Bradley, directrice exécutive	21 sept. 2005	28
Centre Laurel	Deborah Palmer, directrice clinique	1 ^{er} juin 2005	16
Citoyenneté et Immigration Canada	Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration	23 février 2005	8
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Faith Malach, directrice exécutive	8 juin 2005	20
Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation	Darrell J. Burnham, directeur exécutif	6 juin 2005	18
Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba	Dawn Bollman, présidente	31 mai 2005	16
Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba	Annette Osted, directrice exécutive	31 mai 2005	16
Collège des médecins de famille	Dre Louise Nasmith, présidente désignée et présidente du conseil d'administration	21 juin 2005	23
Comité consultatif des familles des Services de santé mentale de Vancouver	Joan Nazif, présidente	6 juin 2005	18
Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Health Region	Darrell Downton, coprésident	2 juin 2005	17
	Les Gray, coprésident		
	Anne-Marie Ursan, gérante, Services de réhabilitation		

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées	Lembi Buchanan, présidente, membre et ressource aux communications	5 juillet 2005	25
Comité provincial sur la prévention du suicide	Patricia Doyle, coprésidente	16 juin 2005	22
Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador	Jules Picard, coordonnateur des services sociaux	21 juin 2005	23
	Isabelle Wood, coordonnatrice technique sur les questions des crises sociales		
Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse	Lucie France Dagenais, chercheuse	5 juillet 2005	25
Commission des plaintes du public contre la GRC	Shirley Heafey, présidente	10 mai 2005	15
Connections Clubhouse	Nancy Beck, directrice	9 mai 2005	15
Consumer/Survivor Information Resource Centre	Helen Hook, coordonnatrice	15 février 2005	5
Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador (CHANNAL)	Joan Edwards-Karmazyn, gestionnaire	14 juin 2005	22
Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia	Ian Ross, directeur administratif	7 juin 2005	19
Défense nationale	Brigadier-général Hilary F Jaeger, conseillère médicale	23 février 2005	8
	Colonel D.R. Boddam		
Depression and Manic Depression Support Group Regina	Frank Dyck	2 juin 2005	17
Développement organisationnel et santé mentale	Elizabeth Smailes, directrice	5 juillet 2005	25
Développement social Canada	Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées	21 avril 2005	13
	Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées		

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Dilico Ojibway Child and Family Services	Arnold Devlin	20 sept. 2005	27
Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami	Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits	21 avril 2005	13
École de sciences infirmières, Université York	Dre Cheryl Van Daalen	6 mai 2005	14
Empowerment Council	Jennifer Chambers, coordonnatrice du conseil d'habilitation	15 février 2005	5
	Randy Pritchard	16 février 2005	6
Families for Early Autism Treatment	Dre Sabrina Freeman, directrice exécutive	7 juin 2005	19
Farm Stress Line Advisory Group	Ken Imhoff, gérant	2 juin 2005	17
Farm Stress Line Advisory Group	Lil Sabiston, présidente	2 juin 2005	17
Fondation autochtone de guérison	Dre Gail Valaskakis, directrice de la recherche	20 sept. 2005 et 21 juin 2005	23-27
Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie	Judy Hills, directrice exécutive	6 mai 2005	14
Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances	Jim Robertson, président	31 mai 2005	16
	John Borody, chef de la direction		
From the Heart – Three Voices	Patricia Commins, enseignante à la retraite	15 février 2005	5
	Michael Flaxman, bénévole		
	Douglas Millstone, avocat, Droit de la famille		
Gendarmerie royale du Canada	Sergent-chef Michel Pelletier, directeur, Service de sensibilisation aux drogues	21 sept. 2005	28
Health and Community Services	Kim Baldwin, Director of Mental health and Addictions	14 juin 2005	22
Health and Social Services, Province of Prince Edward Island	Dre Tina Pranger, consultante en santé mentale	16 juin 2005	22
Health Care Corporation of St. John's Region	Ian Shortall, chef de division, Programme Bridges	14 juin 2005	22

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Home-Based Spiritual Care	Soeur Lena Mangalam	21 juin 2005	23
Hong Food Mental Health Association	Raymond Chung, directeur exécutif	17 février 2005	7
Hôpital de recherche Douglas	Dre Mimi Israël, psychiatre en chef, codirectrice, Direction des activités clinique; professeur agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill	6 mai 2005	14
	Dr Ashok Malla, directeur de la recherche	16 février 2005	6
Hôpital général de Vancouver	Dre Martha Donnelly, chef, Service de gériatrie communautaire	8 juin 2005	20
Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario	Dr. Simon Davidson, Chief of Staff	6 mai 2005	14
	Dr Ian Manion, psychologue		
Hôpital Waterford	Geralyn Dalton, infirmière praticienne, Unité de séjour de courte durée	14 juin 2005	22
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada	Judith Shamian, présidente-directrice générale	11 mai 2005	15
	Gordon Milak, VON, Middlesex-Elgin	17 février 2005	5
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale	Dr. Nick Kates, président	17 février 2005	7
Institut de la santé des femmes et des hommes	Madeline Boscoe	1 ^{er} juin 2005	16
Institut de recherche en promotion de la santé, Université de la Colombie-Britannique	Marc Corbière, professeur adjoint	5 juillet 2005	25
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Dr. Rémi Quirion, directeur scientifique	21 juin 2005	23
Inuit Tapiriit Kanatami	Onalee Randell, directrice de la santé	20 sept. 2005	27
L'Abri en Ville	Audrey Bean, présidente	21 juin 2005	23

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
La Société pour Les Troubles de l'Humeur du Canada	Rennie Hoffman, directeur exécutif	7 juin 2005	19
Le Centre Gerstein	Dre Reva Gerstein, présidente et fondatrice	15 février 2005	5
	Paul Quinn, directeur		
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Direction générale des services de santé mentale	John Campbell, directeur, Services de santé mentale pour adultes	9 mai 2005	15
	Linda Smith, directrice exécutive intérimaire, Services de santé mentale des enfants et traitement de la toxicomanie		
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Carrie Hayward, directrice intérimaire, Département de la santé mentale et des addictions, Division santé communautaire	15 février 2005	5
	Douglas Dixon, analyste principal des programmes		
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick	Barbara Whitenect, directrice intérimaire, Services à l'enfance et à la jeunesse	6 mai 2005	14
	France Daigle, coordonnatrice provinciale, Programme de prévention du suicide	11 mai 2005	15
	Honorable Elvy Robichaud, ministre		
	Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale		
National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization	Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive	20 sept. 2005	27
Native Mental Health Association	Bill Mussell, président	20 sept. 2005	27
Native Psychologists of Canada	Dr Arthur W. Blue, psychologue	20 sept. 2005	27

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Newfoundland and Labrador Early Psychosis Program	Dr. Kellie LeDrew, directrice, services cliniques	15 juin 2005	22
Nodin Counselling	James Morris, directeur exécutive	20 sept. 2005	27
North Peace Tribal Council	Lorraine Boucher, directrice des programmes de santé	20 sept. 2005	27
Nunavut Kamatsiaqtut Help Line	Sheila Levy, présidente	20 sept. 2005	27
Older Persons, Mental Health and Addictions Network of Ontario	Suzanne Crawford, responsable de programme	8 juin 2005	20
Ontario Council of Alternative Businesses	Becky McFarlane, coordonnatrice des partenariats	15 février 2005	5
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction	David Kelly, directeur exécutif	21 sept. 2005	28
Options Outreach Employment Inc.	Karen MacFarlane, gestionnaire, conseillère en emploi	11 mai 2005	15
Organisation nationale de la santé autochtone	Bernice Downey, directrice exécutive	21 avril 2005	13
	Donna Lyon, directrice	20 sept. 2005	27
Our Voice/Notre Voix	Eugène Leblanc, éditeur et rédacteur en chef	11 mai 2005	15
Partnership for Consumer Empowerment	Jason Turcotte, Bureau de l'Association canadienne de la santé mentale à Portage-la-Prairie	31 mai 2005	16
Pauktuutit Inuit Women's Association	Jennifer Dickson, directrice exécutive Leesie Nagitarvik	20 sept. 2005	27
Police régionale d'Halifax	Christopher McNeil, chef adjoint	10 mai 2005	15
Programme du Centre Fitzroy	Tom MacLeod	16 juin 2005	22

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon	Albert Hajes, coordonnateur régional, Programmes de santé mentale	1 ^{er} juin 2005	16
	Elaine Morris, travailleuse spécialisée en santé mentale, Projet de suivi sur la médication des enfants, Programme de santé mentale de Brandon et de la division scolaire de Brandon		
	Brent White, gestionnaire de programme, Services en résidentiels et de soutien		
Providence Health Care	Dr Allan Burgmann, professeur adjoint d'enseignement clinique, psychiatre, Université de la Colombie-Britannique	7 juin 2005	19
	Dre Kristin Sivertz, médecin directeur du programme de santé mentale et chef du département de psychiatrie		
Providence Health Care	Dre Elizabeth Drance, gérontopsychiatre, directrice des programmes pour les soins aux aînés, Université Simon Fraser	8 juin 2005	20
Racines de l'empathy	Mary Gaultois-Bungay, monitrice et mentor	15 juin 2006	22
Regional Mental Health Program	Dr. Alan Gordon	9 juin 2005	21
Registered Psychiatric Nurses of Canada	Robert Allen, directeur exécutif	2 juin 2005	17
Réseau National pour la Santé Mentale	Constance McKnight, directrice exécutive nationale	11 mai 2005	15
Responsible Gaming Council Toronto	Dr. Jon Kelly, chef de la direction	21 sept. 2005	28
Royal Newfoundland Constabulary	Sean Ryan, inspecteur	16 février 2005	6

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
SalT'shan Institute	Bill Mussell, gestionnaire et éducateur, président, National Mental Health Association of Canada	6 mai 2005	14
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	20 avril 2005	13
	Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment	Lisa Simmermon, directrice des relations publiques	2 juin 2005	17
Schizophrenia Digest	William J. MacPhee, fondateur et éditeur	7 juin 2005	19
Sciences de la santé communautaire, Université de Calgary	Jian Li Wang, professeur agrégé, psychiatrie	5 juillet 2005	25
Sécritariat du Conseil du Trésor	Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux	23 février 2005	8
Service correctionnel du Canada	Brian Grant, directeur, Centre de recherche en toxicomanie (IPE)	21 sept. 2005	28
Service de défense des droits des malades mentaux	Brenda McPherson, coordonnatrice provinciale	11 mai 2005	15
Service de police de Montréal	Michael Arruda, agent conseiller, Section des stratégies d'actions avec la communauté, dossier santé mentale et déficience intellectuelle	16 février 2005	6
Service de Police de Moose Jaw	Terry Coleman, chef du service de police et coprésident du Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison	16 février 2005	6

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Services de santé mentale pour les enfants, la jeunesse et la famille	Margaret Synyshyn, directrice de programme	1 ^{er} juin 2005	16
Services de santé mentale, South Shore DHA	Doug Crossman, gestionnaire	9 mai 2005	15
Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse	Menna MacIssac, directrice des programmes et des opérations	10 mai 2005	15
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente sortante	20 avril 2005	13
Société canadienne de schizophrénie	Florence Budden, présidente désignée	17 février 2005	7
Société de la schizophrénie de la Saskatchewan	Thomas Bartram, membre	2 juin 2005	17
	Carol Solberg, directrice exécutive		
Stella Burry Community Services	Jocelyn Greene, directrice exécutive	15 juin 2005	22
Survivors of Suicide Support Group	George Tomie, animateur du groupe de soutien SOS et membre de la famille d'un bénéficiaire de soins de santé mentale	9 mai 2005	15
The Dream Team	Linda Chamberlain, membre	15 février 2005	5
	Phillip Dufresne, membre et Shapiro, Mark, membre		
The Empowerment Connection	Jean-Pierre Galipeault, propriétaire	9 mai 2005	15
The Self Help Connection	Dre Linda Bayers, directrice exécutive	10 mai 2005	15
Unité d'évaluation en santé mentale et de consultation communautaire, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique	Merv Gilbert, psychologue	5 juillet 2005	25
Université Brock	Richard C. Mitchell, membre de la faculté, Direction des études sur l'enfance et la jeunesse	6 mai 2005	14

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université Dalhousie	Dr. Richard Goldloom, professeur de pédiatrie, membre du comité de consultation du Centre de réhabilitation de la Nouvelle-Écosse	6 mai 2005	14
	Archibald Kaiser, professeur, Faculté du droit, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	10 mai 2005	15
	Patrick MacGrath, Chaire de recherche du Canada sur la douleur chez l'enfant		
	Dr Aidan Stokes, chef intérimaire, département de psychiatrie	9 mai 2005	
Université du Québec à Montréal	Angelo Dos Santos Soares, professeur	5 juillet 2005	25
Université du Québec en Outaouais	Romaine Malenfant, professeure-rechercheuse	5 juillet 2005	25
Université McGill	Dr Norman Hoffman, directeur, Services de santé mentale pour les étudiants	21 juin 2005	23
Université McMaster, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement	Dre Ellen Lipman, pédopsychiatre; professeur agrégée, Division de la pédopsychiatrie, membre principal du Centre Offord pour l'étude de l'enfance	6 mai 2005	14
Université Queen's, Division de pédopsychiatrie et de la psychiatrie de l'adolescent	Roberts, Dre Nasreen, directrice, Service d'urgence pour adolescents	6 mai 2005	14
Université Simon Fraser	Charmaine Spencer, Centre de recherche en gérontologie et département de gérontologie	8 juin 2005	20
University Health Network	Dr Sidney H. Kennedy, psychiatre en chef	21 juin 2005	23

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Vancouver Coastal Health Association	Robena Sirett, gestionnaire, Older Persons Adult Mental Health Services	8 juin 2005	20
Vancouver Island Health Authority	Dr R.E.W. Miller, chef du service de psychiatrie, directeur des programmes médicaux	7 juin 2005	19
	Ken Moselle, gestionnaire, Performance Standards and Monitoring Mental Health and Addiction Services	8 juin 2005	20
Vancouver Richmond Mental Health Network	Lara Paul, membre	6 juin 2005	18
	Ron Carten, coordonnateur		
	Susan Friday, présidente		
Well Connected	Heather Dowling	31 mai 2005	16
	Ruth Minaker		
West Prince Health Region	Jim Campbell, coordonnateur de santé mentale et de toxicomanie	16 juin 2005	22
Worker's Compensation Board of British Columbia	Peter Bogyo, directeur de la planification corporative	20 avril 2005	13

ANNEXE C:

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

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

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration	31 mars 2004	5
Australie, Gouvernement d' <i>(par vidéoconférence)</i>	Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse	20 avril 2004	6
	Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse		
Bureau du Conseil Privé	Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat	1 ^{er} avril 2004	5
	Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, directrice exécutive	21 avril 2004	6
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants	5 mai 2004	8
	Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants		
	Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé		
Chambre des communes	L'honorable Jacques Saada, C.P., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique	1 ^{er} avril 2004	5
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6

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

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Ontario Hospital Association	Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale	31 mars 2004	5
Ressources humaines et Développement des compétences Canada	Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri	29 avril 2004	7
	Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri		
Royaume-Uni, Gouvernement du <i>(par vidéoconférence)</i>	Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé	6 mai 2004	8
	Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale		
Santé, Ministère de la de la Nouvelle Écosse	Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins	28 avril 2004	7
Secrétariat du Conseil du Trésor	Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions	1 ^{er} avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		
Services de santé de la Colombie-Britannique, Ministère des	Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie	28 avril 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dre Cornelia Wieman, psychiatre	13 mai 2004	9
Société canadienne de psychologie	John Service, directeur exécutif	31 mars 2004	5
Société canadienne de schizophrénie	John Gray, président élu	12 mai 2004	9

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	Phil Upshall, président	12 mai 2004	9
Université McGill <i>(par vidéoconférence)</i>	Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie	13 mai 2004	9
Université Simon Fraser <i>(par vidéoconférence)</i>	Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale	29 avril 2004	7
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, coordonnateur	1 ^{er} avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health <i>(par vidéoconférence)</i>	Michael Hogan, président	1 ^{er} avril 2004	5

ANNEXE D:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
-DEUXIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(30 SEPTEMBRE 2002 — 12 NOVEMBRE 2003)**

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	David Loïse Murray Ronald	26 février 2003	9
	J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain	5 juin 2003	17
	Nancy Hall, conseillère en santé mentale	8 mai 2003	16
	Thomas Stephens, expert- conseil	20 mars 2003	11
Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique	Dr Alain Lesage, président sortant	19 mars 2003	11
Académie canadienne de psychiatrie et de droit	Dre Dominique Bourget, présidente	5 juin 2003	17
Association canadienne de la santé mentale de l'Ontario	Patti Bregman, directrice des programmes	12 juin 2003	18
Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Margaret Synyshyn, présidente	29 mai 2003	16
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1 ^{er} mai 2003	13
Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine	Dre Joanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé au Canada	30 avril 2003	13
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15

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

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Jacques Hendlisz, directeur général	6 mai 2003	14
	Robyne Kershaw-Bellmare, directrice des soins infirmiers		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	6 mai 2003	14
	Dr Pierre Lalonde, directeur, Clinique des jeunes adultes		
Hôpital St. Michaels	Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide	19 mars 2003	11
Institut canadien d'information sur la santé	Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse	20 mars 2003	11
	Carolyn Pullen, expert conseil		
	John Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée		
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	6 mai 2003	14
	Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones	28 mai 2003	16
	Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations	12 juin 2003	18

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Santé Canada	Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	19 mars 2003	11
Santé Canada	Pam Assad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	30 avril 2003	13
Société Alzheimer du Canada	Steve Rudin, directeur exécutif	4 juin 2003	7
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente élue	1 ^{er} mai 2003	13
	Marie-Adèle Davis, directrice exécutive		
Statistique Canada	Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé	20 mars 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, psychologue	4 juin 2003	17
Université de Calgary	Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie	29 mai 2003	16
Université de la Colombie-Britannique (<i>par vidéoconférence</i>)	Dre Charlotte Waddell, professeur adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	1 ^{er} mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université du Manitoba	John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine	28 mai 2003	16
	Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique	29 mai 2003	
Université McGill	Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas	1 ^{er} mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
	Dr Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants		
	Dr Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine		
	Dre Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine		
Université d'Ottawa	Tim D. Aubry, professeur associé; co-directeur, Centre de recherche sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		

ORGANISMES	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, professeur, École de travail social	6 mai 2003	14
	Dr Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
Université Queen's	Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie	20 mars 2003	11
Université de Toronto	Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children	30 avril 2003	13
	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16