

SENATE



SÉNAT

RAPPORT 1

Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie:

**Aperçu des politiques et des programmes au
Canada**

**Rapport provisoire du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie**

**L'honorable Michael J.L. Kirby, président
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président**

Novembre 2004

This document is available in English



Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat – Rapports)
38^e législature – 1^{ière} session

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences
et de la technologie

Rapport provisoire au sujet de :
La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie

Rapport 1
SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE:
APERÇU DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES AU CANADA

Président

L'honorable Michael J.L. Kirby

Vice-président

L'honorable Wilbert Joseph Keon

Novembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	i
ORDRE DE RENVOI.....	viii
SÉNATEURS	ix
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1.....	5
LE VISAGE HUMAIN DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE	5
CHAPITRE 1: DES TÉMOINS FONT PART DE LEUR VÉCU.....	7
INTRODUCTION	7
1.1 CE QU’ILS NOUS ONT DIT.....	7
1.1.1 Le récit de Loïse.....	7
1.1.2 Le récit de Ronald	9
1.1.3 Le récit de Murray	12
1.1.4 Le récit de David	15
1.2 OBSERVATIONS DU COMITÉ	20
CHAPITRE 2: LES TROUBLES MENTAUX ONT UN EFFET SUR LA VIE DE TOUS LES CANADIENS.....	23
INTRODUCTION	23
2.1 PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX.....	24
2.1.1 Un état d’esprit.....	24
2.1.2 Un cycle incessant	25
2.1.3 Un problème de manque de coordination	26
2.1.4 Des services défaillants	27
2.2 CAS DE CEUX ET CELLES QUI S’OCCUPENT DE PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE	28
2.2.1 Les craintes des parents	28
2.2.2 Les parents défenseurs.....	29
2.2.3 Les parents qui survivent à leurs enfants	30
2.3 CEUX ET CELLES QUI OFFRENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE	30
2.3.1 L’accès aux fournisseurs de soins.....	30
2.3.2 Les enseignants et les autres fournisseurs de services en milieu scolaire.....	31
2.3.3 Les fournisseurs de soins primaires	33
2.3.4 La détresse des fournisseurs de soins	34

2.4	SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE AU TRAVAIL	35
2.4.1	Les secrets du milieu de travail	35
2.4.2	Les réussites dans le milieu de travail	36
2.5	PERSONNE SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE QUI RELÈVE DE LA RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE	37
2.5.1	Les anciens combattants	37
2.5.2	Les détenus	37
2.5.3	Les Premières nations et les Inuits	38
2.6	OBSERVATIONS DU COMITÉ	39
CHAPITRE 3: STIGMATISATION ET DISCRIMINATION.....		41
3.1	INTRODUCTION	41
3.2	STIGMATISATION : DÉFINITION ET LIEN AVEC LA DISCRIMINATION	41
3.2.1	L'autostigmatisation	45
3.2.2	Le rôle des médias et l'apposition de l'épithète « dangereuse » aux personnes souffrant d'un trouble mental.....	48
3.2.3	La stigmatisation des professionnels des soins en santé mentale	51
3.3	IMPACT DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION	52
3.3.1	La discrimination directe	54
	3.3.1.1 <i>Discrimination dans le système de soins de santé</i>	55
3.3.2	Discrimination structurelle.....	56
3.4	RÉDUIRE L'IMPACT DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION	57
3.4.1	La nécessité d'une stratégie nationale	63
3.4.2	La nécessité de réformer les politiques.....	66
3.4.3	Le problème de la violence	67
3.4.4	Les médias et les efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination	67
3.5	OBSERVATIONS DU COMITÉ	68
PARTIE 2.....		71
PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE		71
CHAPITRE 4: CONCEPTS ET DÉFINITIONS		73
	INTRODUCTION	73
4.1	SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE	73
4.2	PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX.....	75

4.3	USAGE DE SUBSTANCES ET TOXICOMANIE	80
4.4	COMORBIDITÉ, TROUBLES CONCOMITANTS ET DIAGNOSTIC MIXTE	81
4.5	COMPORTEMENT SUICIDAIRE	82
4.6	SERVICES ET MOYENS DE SOUTIEN	83
4.7	GESTION ET AUTOGESTION DES MALADIES CHRONIQUES.....	85
4.8	PROMOTION, PRÉVENTION ET SURVEILLANCE	86
4.9	PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE OU DE TOXICOMANIE ET RÉTABLISSEMENT	87
CHAPITRE 5: PRÉVALENCE ET COÛTS		89
	INTRODUCTION	89
5.1	PRÉVALENCE DES MALADIES MENTALES, DES TROUBLES LIÉS À DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET AU JEU PATHOLOGIQUE	90
5.1.1	Les Canadiens de 15 ans et plus	90
5.1.2	Les enfants et les adolescents (de 0 à 19 ans).....	95
5.1.3	Les personnes âgées (65 ans et plus)	96
5.1.4	Les Forces canadiennes	97
5.1.5	EAF/SAF et diagnostics mixtes.....	98
5.2	PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.....	98
5.2.1	Les suicides réussis	99
5.2.2	Les tentatives de suicides.....	103
5.2.3	Les idées suicidaires.....	104
5.3	GROUPES PARTICULIERS DE LA POPULATION : AUTOCHTONES, SANS-ABRI ET DÉTENUS	105
5.3.1	La population autochtone	105
5.3.2	Les sans-abri.....	107
5.3.3	La population carcérale.....	108
5.4	FARDEAU ÉCONOMIQUE DES MALADIES MENTALES, DE LA TOXICOMANIE ET DU SUICIDE	110
5.4.1	Le coût des maladies mentales.....	110
5.4.2	Le coût de la consommation abusive de substances	112
5.4.3	Les coûts du suicide	113
5.5	OBSERVATIONS DU COMITÉ	113
CHAPITRE 6: MALADIE MENTALE, TOXICOMANIE ET TRAVAIL		115
	INTRODUCTION	115
6.1	LES AVANTAGES DE L'EMPLOI.....	116
6.2	PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE DANS LE MILIEU DE TRAVAIL	118

6.3	COÛTS ET CONSÉQUENCES DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE EN MILIEU DE TRAVAIL.....	120
6.4	MALADIE MENTALE, TOXICOMANIE ET INVALIDITÉ....	123
6.4.1	Les régimes d'assurance-invalidité des employeurs	124
6.4.2	Les commissions des accidents du travail.....	127
6.4.3	Les programmes fédéraux de sécurité du revenu.....	129
6.5	RÔLE DES EMPLOYEURS	132
6.5.1	Les programmes d'aide aux employés	133
6.5.2	Les mesures d'adaptation	135
6.6	RÔLE DES GOUVERNEMENTS	138
6.7	ENTREPRISES DIRIGÉES PAR DES PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE OU DE TOXICOMANIE.....	139
6.8	PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE, LA TOXICOMANIE ET LE TRAVAIL	139
6.9	OBSERVATIONS DU COMITÉ	141

PARTIE 3..... 143

LA PRESTATION DE SERVICES ET LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE DANS LE DOMAINE DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE 143

CHAPITRE 7: SERVICE DE SANTÉ MENTALE ET TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AU CANADA : PERSPECTIVE ET HISTORIQUE145

	INTRODUCTION	145
7.1	ÉVOLUTION DES POINTS DE VUE SUR LA MALADIE MENTALE AU FIL DES SIÈCLES.....	146
7.2	SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU CANADA	148
7.2.1	L'approche morale ou humanitaire à l'égard de la maladie mentale (avant les années 1900)	148
7.2.2	L'institutionnalisation (de 1900 à 1960)	149
7.2.3	La désinstitutionnalisation (de 1960 à nos jours)	150
7.2.3.1	<i>Les unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux (années 60)</i>	<i>152</i>
7.2.3.2	<i>Les services et moyens de soutien communautaires de santé mentale (années 70 et 80).....</i>	<i>154</i>
7.2.3.3	<i>L'amélioration de l'efficacité et l'intégration des services et moyens de soutien en santé mentale (des années 90 à nos jours)</i>	<i>155</i>
7.3	TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AU CANADA.....	156
7.4	OBSERVATIONS DU COMITÉ	159

**CHAPITRE 8: POLITIQUE ET LÉGISLATION EN MATIÈRE DE SANTÉ
MENTALE ET DE TOXICOMANIE AU CANADA : ANALYSE
DE QUELQUES CADRES PROVINCIAUX161**

INTRODUCTION 161

8.1 SYSTÈMES PROVINCIAUX DE SERVICES DE SANTÉ
MENTALE ET DE TRAITEMENT DES TOXICOMANIES162

8.1.1 L'Alberta162

8.1.2 La Colombie-Britannique163

8.1.3 La Nouvelle-Écosse165

8.1.4 L'Ontario165

8.1.5 Le Québec.....166

8.1.6 Une brève analyse comparative167

8.2 PROBLÈMES COMMUNS CONSTATÉS DANS LES CADRES
PROVINCIAUX/TERRITORIAUX RELATIFS À LA MALADIE
MENTALE ET À LA TOXICOMANIE168

8.2.1 La fragmentation et le manque d'intégration.....168

8.2.2 Les services et les moyens de soutien communautaires.....172

8.2.3 L'inégalité dans la répartition régionale et la qualité des
services174

8.2.4 Le secteur des soins de santé primaires.....174

8.2.5 Les ressources humaines177

8.2.6 Les besoins non comblés.....179

8.2.7 La détection et l'intervention précoces.....182

8.3 LOI SUR LA SANTÉ MENTALE184

8.4 OBSERVATIONS DU COMITÉ189

**CHAPITRE 9: POLITIQUES ET PROGRAMMES VISANT LA SANTÉ
MENTALE ET LA TOXICOMANIE: LE CADRE FÉDÉRAL.... 191**

INTRODUCTION191

9.1 RÔLE DIRECT ET RÔLE INDIRECT DU GOUVERNEMENT
FÉDÉRAL.....192

9.2 RÔLE DIRECT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL194

9.2.1 Les Premières nations et les Inuits.....194

9.2.2 L'évaluation de la situation des Premières nations et des
Inuits.....196

9.2.3 Les délinquants relevant du système correctionnel fédéral .201

9.2.4 L'évaluation de la situation des délinquants relevant du
système correctionnel fédéral.....203

9.2.5 Les anciens combattants et les membres actifs des Forces
canadiennes.....206

9.2.6 L'évaluation de la situation des anciens combattants et des
Forces canadiennes.....207

9.2.7 La Gendarmerie royale du Canada.....208

9.2.8 L'évaluation de la situation de la Gendarmerie royale du
Canada.....208

9.2.9	Les fonctionnaires fédéraux.....	208
9.2.10	L'évaluation de la situation des fonctionnaires fédéraux	210
9.2.11	Les immigrants reçus et les réfugiés.....	211
9.2.12	L'évaluation de la situation des immigrants reçus et des réfugiés	212
9.3	COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE EN CE QUI A TRAIT AU RÔLE DIRECT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	212
9.3.1	Le Partenariat fédéral pour les soins de santé	213
9.3.2	La stratégie canadienne antidrogue.....	213
9.4	RÔLE FÉDÉRAL INDIRECT	214
9.4.1	Les leviers juridiques	216
9.4.2	Les leviers financiers	217
9.5	ÉVALUATION DU RÔLE DU FÉDÉRAL DANS L'ACTUEL CADRE NATIONAL.....	221
9.5.1	La <i>Loi canadienne sur la santé</i>	221
9.5.2	Le financement fédéral	223
9.5.3	L'initiative nationale pour les sans-abri (INSA).....	224
9.6	BESOIN D'UN PLAN D'ACTION NATIONAL SUR LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LA TOXICOMANIE	225
9.7	UNE APPROCHE BASÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION	230
9.8	OBSERVATIONS DU COMITÉ	232
	PARTIE 4.....	235
	RECHERCHE ET ÉTHIQUE	235
	CHAPITRE 10: LA RECHERCHE DANS LES DOMAINES DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE AU CANADA.....	237
	INTRODUCTION	237
10.1	IRSC ET INSMT.....	238
10.2	FINANCEMENT FÉDÉRAL DE LA RECHERCHE DANS LES DOMAINES DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA MALADIE MANTALE ET DE LA TOXICOMANIE.....	243
10.2.1	L'ampleur du financement fédéral	243
10.2.2	Combien le gouvernement fédéral devrait-il dépenser?.....	244
10.3	AUTRES SOURCES CANADIENNES DE FINANCEMENT..	247
10.3.1	L'industrie pharmaceutique.....	247
10.3.2	Les organismes de financement provinciaux et ONG.....	248
10.4	APPLICATION DES CONNAISSANCES	250

10.5	VERS UN PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE POUR LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LA TOXICOMANIE	252
10.6	OBSERVATIONS DU COMITÉ	253
CHAPITRE 11: LA QUESTION DE L'ÉTHIQUE		255
	INTRODUCTION	255
11.1	ACCÈS AUX SERVICES ET AUX MOYENS DE SOUTIENS ..	256
11.2	CONSENTEMENT ET CAPACITÉ DE CONSENTEMENT ..	259
11.3	RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CONFIDENTIALITÉ	262
11.4	POPULATIONS SPÉCIALES	264
11.4.1	Les enfants et les adolescents	264
11.4.2	Les personnes âgées	265
11.4.3	Les patients de médecine légale.....	265
11.5	RÉPERCUSSION DES PROGRÈS DE LA GÉNÉTIQUE ET DES NEUROSCIENCES SUR L'ÉTHIQUE.....	267
11.5.1	La génétique et la santé mentale	267
11.5.2	Les neurosciences et la santé mentale.....	268
11.6	ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE.....	268
11.6.1	La capacité de prendre une décision.....	270
11.6.2	Les problèmes de la conception de la recherche	270
11.7	OBSERVATIONS DU COMITÉ	271
CONCLUSION.....		275
ANNEXE A:	Liste des témoins ayant comparus devant le Comité Troisième Session de la 37^e Législature (2 février au 23 mai 2004)	I
ANNEXE B:	Liste des témoins ayant comparus devant le Comité Deuxième Session de la 37^e Législature (30 septembre 2002 – 12 novembre 2003).....	IX
ANNEXE C:	Liste des individus qui ont répondu à une lettre du Comité au sujet des priorités pour la réforme dans le secteur de la maladie mentale	XV

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déferés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Janis G. Johnson
Marjory LeBreton
Viola Léger
Yves Morin
Lucie Pépin
Brenda Robertson (retraîtée)
Douglas Roche (retraité)
Eileen Rossiter (retraîtée)
Marilyn Trenholme Counsell

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. (ou William Rompkey) et Noël A. Kinsella (ou Terrance Stratton)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude:

Les honorables sénateurs Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne et Murray.

SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE: APERÇU DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES AU CANADA

INTRODUCTION

En février 2003, lors de la deuxième session de la trente-septième législature, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu pour mandat du Sénat d'étudier l'état des services de santé mentale et des traitements de la toxicomanie au Canada et d'examiner le rôle du gouvernement à cet égard. Le Sénat a revu le mandat du Comité lors de la troisième session de la trente-septième législature (février 2004), puis, de nouveau, lors de la première session de la trente-huitième législature (octobre 2004).

Ce mandat se lit ainsi :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la deuxième session de la trente-septième législature soient déferés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005.¹

Pour cette étude, le Comité a adopté une démarche très globale dans le dessein d'examiner la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie sur plusieurs plans : la prévalence des troubles mentaux et leurs répercussions économiques sur les divers secteurs de la société canadienne, notamment sur le monde des affaires, le milieu de l'éducation et les réseaux de soins de santé; les politiques et les programmes fédéraux et provinciaux pertinents; les stratégies en matière de soins de santé appliquées dans d'autres pays; la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention de la maladie mentale et du suicide; la surveillance et la recherche relativement aux maladies mentales; l'accès aux services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, et la prestation de ces services; le soutien aux familles et aux soignants; la possibilité d'élaborer un plan d'action national en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie au Canada.

¹ Débats du Sénat (Hansard), 1re session, 38e législature, vol. 142, fascicule 7, octobre 2004.

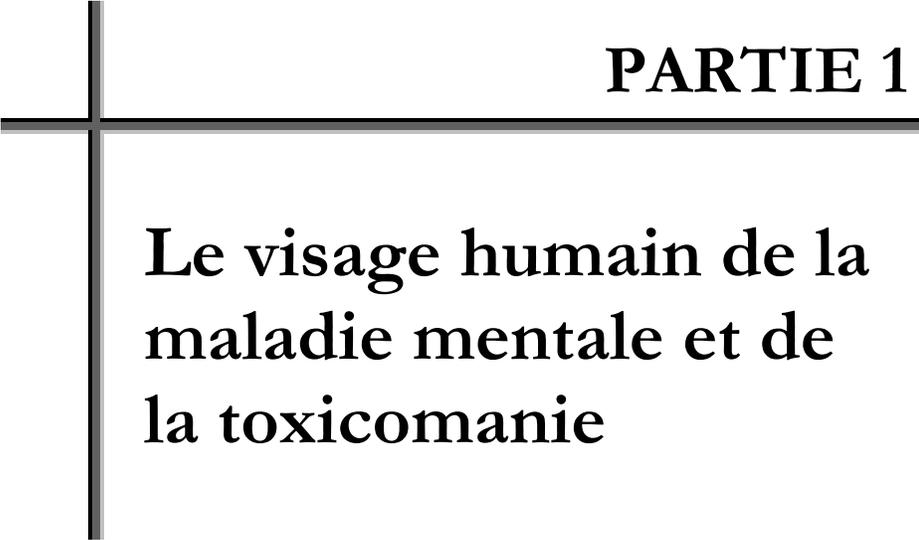
L'étude du Comité sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie se décline en quatre rapports. Le tableau ci-dessous résume le contenu de chaque rapport et précise les échéances visées pour leur publication :

**ÉTUDE DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA MALADIE MENTALE
ET DE LA TOXICOMANIE
RAPPORTS ET DATES PRÉVUES DE PUBLICATION**

Rapport	Contenu	Date
Un	Document factuel donnant un historique et un aperçu de la prestation des services, du rôle respectif des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que de l'évaluation des politiques et des programmes à partir des témoignages recueillis et d'un examen documentaire.	Novembre 2004
Deux	Analyse comparative à l'échelle internationale (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis).	Novembre 2004
Trois	Document résumant les enjeux et les options dont le comité traitera dans son rapport final et exposant les solutions pour régler ces enjeux.	Novembre 2004
Quatre	Recommandations de réforme	Novembre 2005

Le présent rapport sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie comporte onze chapitres. Le chapitre 1 résume les témoignages d'une personne souffrant de maladie mentale ainsi que de trois membres de familles de malades qui ont bien voulu faire part de leur vécu au Comité. Le chapitre 2 apporte un complément d'information sur les répercussions que la maladie mentale et la toxicomanie peuvent avoir sur ceux et celles qui en souffrent, sur leurs familles et sur les soignants. Le chapitre 3 examine les questions de stigmatisation et de discrimination ainsi que leurs effets sur les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Le chapitre 4 définit les divers concepts associés à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Le chapitre 5 donne des renseignements sur la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie ainsi que sur leurs impacts économiques sur la société canadienne. Le chapitre 6 examine les liens entre la maladie mentale, la toxicomanie et le travail de même que les différentes façons de composer avec la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail. Le chapitre 7 livre un aperçu chronologique de l'évolution des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie au Canada. Le chapitre 8 compare la structure organisationnelle ainsi que le niveau d'intégration des services en santé mentale et du système de traitement de la toxicomanie dans certaines provinces; en outre, il met en exergue les principales différences relevées dans les lois provinciales sur la santé. Le chapitre 9 présente un tour d'horizon et avance une évaluation du rôle direct et du rôle indirect que le gouvernement fédéral est appelé à jouer dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Le chapitre 10 dresse l'état de la recherche en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie au Canada. Le chapitre 11, enfin, examine les différents enjeux d'ordre éthique

dans les domaines de la maladie mentale et de la toxicomanie, surtout en ce qui a trait à la prestation des services, à la recherche, à la capacité de consentir au traitement de même qu'aux aspects touchant à la vie privée et à la confidentialité.



PARTIE 1

**Le visage humain de la
maladie mentale et de
la toxicomanie**

CHAPITRE 1: DES TÉMOINS FONT PART DE LEUR VÉCU²

*(...) je pense qu'il est temps que l'on demande l'avis des usagers des services et des gens qui sont les experts en santé mentale. Qui d'autres que nous connaît autant nos troubles, nos besoins et nos problèmes? Il est certain que nous ne pouvons pas nous guérir nous-mêmes. Nous sommes capables de penser. Nous avons besoin d'être entendus et je vous remercie de le faire.
[Loïse (9:18).]*

INTRODUCTION

C'est le 26 février 2003 que le Comité a entrepris son étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie en apportant une dimension humaine à tout ce dossier. En effet, trois familles concernées par la maladie mentale et une personne souffrant de ce genre de maladie ont accepté notre invitation à parler de leur vécu, c'est-à-dire de la façon dont ce genre de trouble a affecté leur vie. Ces quatre témoins, qui venaient de différentes régions du pays et avaient une expérience directe des questions de santé mentale et de toxicomanie, sont donc venus faire part de leur récit au Comité. Afin qu'ils soient suffisamment à l'aise pour témoigner franchement, les membres du Comité ne les ont appelés que par leur prénom. Le présent chapitre résume leurs témoignages qui montrent, de façon très imagée, pourquoi les membres du Comité ont été tellement touchés émotionnellement lors de cette étude de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Tout au long de leurs travaux, que ce soit lors des audiences publiques, par lettre ou par courriel, les membres du Comité ont également entendu parler de la vie de nombreux autres Canadiens touchés par la maladie mentale et la toxicomanie. Le chapitre 2 résume donc l'expérience dont toutes ces personnes ont bien voulu nous faire part.

1.1 CE QU'ILS NOUS ONT DIT

1.1.1 Le récit de Loïse

Loïse a relaté ce qu'elle a vécu, elle qui souffre de trouble bipolaire :

Il y a dix ans, suite à la mort subite de mon compagnon, j'ai connu une phase maniaque. Quand on est dans cet état, on ment, on dépense à tort et à travers, on est certain d'avoir de l'argent, on est convaincu de ce que

² Dans le présent chapitre, les extraits de témoignages apparaissant dans les délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sont simplement signalés par le numéro de la séance et le numéro de la page où se trouve le passage.

l'on fait mais on débloque. On est sûr qu'on pourrait sauver le monde durant cette période. Cette phase a duré six mois et elle s'est terminée par une tentative de suicide, puis de quatre années de dépression.

À l'urgence de l'hôpital où l'on m'a transportée, on m'a recommandé d'aller dans un centre de crises. Ce fut le début de neuf années du soutien sans faille que m'ont apporté des organismes communautaires et de quatre années de bataille continue pour avoir l'aide requise autant psychologique que pharmaceutique des institutions et des psychiatres.³

Elle s'est souvenue du nombre de fois où elle a dû raconter son histoire, encore et encore, à toute une diversité de professionnels de la santé :

Pendant des années, j'ai dû raconter et répéter l'histoire de ma vie aux personnes suivantes: une infirmière de l'urgence; la psychiatre de l'urgence; une évaluatrice du centre de crises; un intervenant psychosocial de ce centre — on parle de l'histoire de ma vie et on revient constamment aux traumatismes que j'ai vécus, aux choses douloureuses et chaque fois je dois recommencer à zéro — un psychiatre du centre de crises de l'hôpital; une travailleuse sociale de l'hôpital; un préposé à l'accueil du CLSC; un intervenant du CLSC; une travailleuse psychosociale du CLSC et un médecin de famille du CLSC. C'était extrêmement douloureux [...]. Je ne sais pas comment j'ai pu continuer. Un psychiatre évaluateur de services à l'hôpital, six infirmières psychiatriques et quatre psychiatres de la clinique externe — parce que cela change souvent —, un psychiatre spécialiste des troubles de l'humeur ayant un groupe de thérapie, une psychiatre et trois résidents — qu'elle formait dans la clinique des troubles de l'humeur — et, enfin, il y a trois ans, une psychiatre qui me suis toujours et avec qui je considère avoir une relation privilégiée.⁴

Elle nous a aussi relaté le peu d'intégration de services et de moyens de soutien, quand il y en a, et le rôle important que les organismes communautaires ont joué dans son rétablissement :

Avec l'énergie qui me reste, j'ai décidé de m'engager au niveau communautaire et dans un rôle consultatif auprès de la Régie régionale de la santé de la ville. Si je n'avais pas eu le communautaire, je ne serais pas ici aujourd'hui pour vous parler.

Oui, en fin de compte, les institutions m'ont aidée, les psychiatres aussi. Toutefois, ils auraient pu aussi me tuer en me faisant revivre les traumatismes épouvantables auxquels j'ai dû faire face. Il faut régler les problèmes de dédoublement, de paramètres rigides et les difficultés d'approche qui existent dans les institutions qui doivent collaborer avec

³ Loïse (9:19).

⁴ *Ibid.*

les organismes communautaires pour aider les consommateurs de ces services à trouver l'aide requise.⁵

Loïse a insisté sur la nécessité d'éliminer la stigmatisation et les préjugés associés à la maladie mentale et à la toxicomanie :

Depuis le diagnostic de ma maladie, j'ai perdu, l'estime de certains membres de ma famille. J'ai eu à me battre contre cela et beaucoup de gens ont eu à le faire aussi.

[...]

Il va aussi falloir régler en urgence les préjugés profonds et tenaces qui existent encore dans notre société, soit par des campagnes médiatiques, soit par d'autres moyens.⁶

Voici ce qu'elle nous a dit à propos des médias :

On organise des conférences de presse, que ce soit pour le communautaire, pour les usagers, pour expliquer aux gens les différentes maladies, mais il n'y jamais un journaliste ne s'y présente. Pourtant, si quelqu'un qui a une maladie mentale commet un acte criminel, les grands titres sont « Un schizophrène tue sa femme », « Un maniac-dépressif maltraite ses enfants ». D'un autre côté, je n'ai jamais lu « Un cancéreux tue sa femme » ni quoi que ce soit du genre. À ce niveau, les médias n'arrangent pas les choses. Il y a du chemin à faire. Dans une population plus éduquée, spécialisée, où il y a moins de préjugés, cela passe mieux, mais c'est un problème encore très grave.⁷

1.1.2 Le récit de Ronald

Ronald nous a relaté sa vie au côté de sa femme schizophrène. Il nous a raconté ce qui lui est arrivé, du début de la maladie de sa femme, une dizaine d'années après leur mariage en 1959, jusqu'à nos jours en précisant qu'il était alors mal outillé pour s'occuper d'elle : « Je n'avais aucun idée de ce qui se passait. La maladie mentale, je ne connaissais pas cela ».⁸ Il devait rajouter :

Je me suis marié en 1959, les premiers troubles sont apparus vers les années 70. Il y avait déjà trois enfants présents.

[...]

⁵ Loïse (9:19-20).

⁶ Loïse (9:20).

⁷ Loïse (9:27).

⁸ Ronald (9:20).

Ma décision de rester avec elle je l'ai assumée pour le meilleur et pour le pire.

À cette époque, ma femme ne voulait pas se faire hospitaliser parce que la maladie n'existait pas pour elle. Elle n'était pas malade. La maladie n'existant pas il fallait que je trouve le moyen de la faire hospitaliser.⁹

Ronald a expliqué au Comité les démarches qu'il a dû entreprendre pour obtenir de l'aide pour sa femme :

J'en ai parlé au médecin traitant qui m'a dit: «Il y a sûrement quelque chose qui ne va pas avec ta femme tu dois la faire examiner». Mais cela prenait le papier de deux psychiatres. Le médecin traitant s'était engagé à trouver deux psychiatres qui signeraient un papier et qui la feraient hospitaliser.

Une fois les deux papiers signés par les psychiatres, elle ne voulait pas venir à l'hôpital. Je lui ai dit: « tu viens à l'hôpital de ton propre chef ou c'est la police qui viendra te chercher ». J'ai dû aller chercher un papier du juge et elle a accepté de se faire hospitaliser.

Elle a été hospitalisée trois mois. Il y a eu des tentatives de suicide. Quelqu'un est resté dans sa chambre 24 heures sur 24 pendant trois mois afin qu'elle ne se suicide pas. Finalement, elle est sortie de l'hôpital sous médication. Elle prenait à ce moment des neuroleptiques [...]. Les crises ont disparu à peu près complètement. Le côté positif de la maladie, c'est-à-dire les hallucinations, les délires religieux et ainsi de suite ont disparu. Mais ce qui est apparu à ce moment-là, ce sur quoi les médicaments n'ont aucune action, c'est le côté négatif de la maladie, c'est-à-dire le côté social, la non-confiance en soi, l'hygiène personnelle; elle a le sentiment qu'elle n'est bonne à rien, elle ne peut absolument rien réussir et ainsi de suite. C'est tellement subtil que, parce qu'elle se croit bonne à rien et incapable de réussir quoi que ce soit, elle ne peut pas non plus accepter qu'on l'aime, qu'on lui dise qu'elle est bonne et qu'elle est capable de réussir, cela serait trahir ce qu'elle croit être véritablement.

Elle se laisse définitivement aller.¹⁰

Il nous a expliqué que la maladie de sa femme a empiré : « nous avons perdu nos amis et nous n'avons plus de vie sociale, amoureuse ni sexuelle. Finalement, il n'y a plus rien ». ¹¹ Quand il parle de sa vie avec sa femme aujourd'hui, voici ce qu'il dit :

⁹ Ronald (9:20-21).

¹⁰ Ronald (9:21).

¹¹ Ronald (9:21).

Pour ma femme, quand nous sommes entre nous, la maladie et les symptômes ont disparu. Le psychiatre voit ma femme une fois tous les six mois mais ce n'est pas mieux. Tout le côté négatif de la maladie a augmenté. Maintenant, c'est à peine si elle s'habille, elle n'a aucune initiative, rien ne l'intéresse. Elle s'inscrit à des cours de lettres, de peinture mais elle laisse toujours tomber en cours de route. Elle revient à la maison découragée.

Les enfants ne viennent pas à la maison parce qu'ils ne peuvent pas faire face à cette situation.¹²

Ronald s'est senti seul, parce qu'il ne recevait pas beaucoup d'appui pour l'aider à comprendre la maladie de sa femme et à gérer correctement la situation :

À ce moment j'étais seul et c'était difficile, car je n'avais pas d'aide. Je devais « composer » avec tout cela. Comment j'ai fait pour passer au travers, je ne le sais pas. [] il n'y a pas eu de violence. Cela a été plus du côté émotionnel. Ma femme s'est retirée du monde. Il y a eu très peu de violence, même si c'est arrivé à quelques occasions. Il y a eu des tentatives de suicide parce qu'elle avait si peu confiance en elle. Mais pour ce qui est des enfants, cela a été très difficile.¹³

Ronald a raconté les difficultés auxquelles il s'est heurté pour obtenir le certificat nécessaire pour bénéficier d'un dégrèvement fiscal :

[...] De plus, au début le psychiatre me signait une lettre qui me permettait une exemption d'impôt; le deuxième ne le fait plus et je n'ai plus droit à mon compensation d'impôt. C'est difficile à prendre. Tout le monde pense qu'elle va bien parce que dans la vie de tous les jours rien ne se remarque si ce n'est son apparence physique.¹⁴

Il nous a parlé d'un projet pilote portant sur des plans de soins individualisés qui, selon lui, ne peuvent fonctionner que si tous les professionnels de la santé mentale concernés collaborent effectivement :

Au début, je me souviens d'une expérience qui avait été faite où on parlait de plan de services individualisés. Tout devait tourner autour de la personne atteinte de maladie mentale; il devait y avoir une équipe : le psychiatre, l'infirmière, et cetera. Cela n'a pas fonctionné parce qu'on n'était pas capable de réunir toute l'équipe.

¹² Ronald (9:22).

¹³ Ronald (9:30).

¹⁴ Ronald (9:22-23).

Actuellement cela fonctionne dans des petits organismes comme le nôtre où l'infirmière accepte de coopérer et le médecin aussi.¹⁵

En réaction à ce qui est arrivé à sa femme et à sa famille, Ronald s'est lancé dans le bénévolat. Ayant constaté que la meilleure façon d'aider les proches de personnes souffrant de troubles mentaux consistait à mettre sur pied des organismes aptes à s'occuper de ces personnes-là, lui-même et d'autres bénévoles ont fondé Le Pavois, organisation qui prêche la réintégration sociale et la réadaptation par le travail. Le Pavois favorise la réinsertion sociale des personnes souffrant de maladie mentale grâce à des ateliers sur les activités de bureau et à des cours de cuisine. Quand l'évolution dans ce milieu contrôlé a donné les résultats voulus, des agents d'intégration rendent visite aux employeurs et essaient de trouver des stages, puis des emplois aux protégés du Pavois. Le Pavois administre aussi une friperie, un service de reprographie et une cafétéria dans le centre des services sociaux et de santé de la province. Voici ce que Ronald devait ajouter :

Ces entreprises sociales sont un palier intermédiaire pour que nos membres passent du Pavois au véritable marché du travail. On s'est rendu compte que le stress était trop important pour eux si on cherchait à les faire passer sur le véritable marché du travail. La plupart, d'entre eux ne sont pas capables de retourner sur le marché du travail.¹⁶

1.1.3 Le récit de Murray

Murray a parlé de son fils atteint de schizophrénie paranoïde. Le 28 mai 2002, il est parti de l'Hôpital Royal d'Ottawa où il était traité pour aboutir sur le Queensway (dans une voie réservée aux autobus) et se faire happé mortellement par un autobus de la ville. Il nous a dit qui était son fils avant le début de sa maladie :

Avant l'apparition de la maladie, il y a environ six ans de cela, notre fils était inscrit au programme d'études spécialisées. Il faisait partie de l'orchestre de l'école et effectuait des tournées au Canada et aux États-Unis. Il jouait au soccer dans une équipe de première division. Il avait de nombreux amis et une charmante copine qu'il fréquentait depuis longtemps. Il était l'âme sœur de sa cadette. Bref, il avait un avenir prometteur.

Les choses ont commencé à se détériorer petit à petit quand la schizophrénie paranoïde a fait sa lente apparition et que mon fils a dû recourir au régime de soins de santé mentale et aux services sociaux.¹⁷

Il nous a décrit un système de santé uniquement conçu pour réagir à des crises :

¹⁵ Ronald (9:36).

¹⁶ Ronald (9:22).

¹⁷ Murray (9:14).

Invariablement, quand les choses allaient très mal, c'était parce que nous ne pouvions avoir accès à des soins de santé en temps opportun pour diverses raisons : il n'y avait pas suffisamment de lits, il fallait s'adresser au centre de soins communautaires, il ne s'était pas fait interner volontairement, il n'y avait pas assez de personnel et les installations étaient peu sécuritaires. On arrivait difficilement à surmonter les crises. Le système ne faisait que réagir à la crise, et ce, seulement après des semaines de traitements de choc, une détérioration de la maladie, de nombreux appels lancés par la famille et des avertissements donnés aux fournisseurs de soins. Pas une seule fois on ne l'a renvoyé de l'hôpital dans un état stable, dans un milieu encadré où l'on s'assurerait qu'il prendrait ses médicaments.¹⁸

[...]

Même quand il était à l'hôpital, il y avait des problèmes à cause de l'absence de services, de la préparation des audiences d'accréditation, des visites de médecins, des visites aux hôpitaux, des demandes pour le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, de l'obtention de médicaments et de traitements, de la participation à des groupes de soutien et des appels téléphoniques troublants que nous recevions de notre fils hospitalisé. Nous avons peur qu'il s'échappe de l'hôpital et que la consommation de mauvais médicaments entraîne des séquelles cérébrales permanentes.¹⁹

Pour Murray, le manque de services et de moyens de soutien a eu de graves conséquences pour son fils. Il a parlé du stress subi par toute la famille à cause de cela, et des effets négatifs sur son réseau social et ses finances :

Il avait donc un comportement imprévisible, des crises de folie et un comportement violent, à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit. Cela a eu pour effet de traumatiser considérablement les membres de sa famille. Nous avons peur que notre fils se blesse physiquement et qu'il blesse d'autres membres de la famille, même pendant leur sommeil. Nous dormions à tour de rôle. Les dégâts causés à la maison étaient considérables et coûteux.

[...]

Cette situation nous a occasionné beaucoup de stress au fil des ans, sans compter la fatigue mentale et physique, et même pire.

¹⁸ Murray (9:15).

¹⁹ Murray (9:16).

Nous ne pouvions pas avoir de vie sociale. Nous ne pouvions pas l'emmener avec nous parce qu'il ne pouvait pas tolérer des niveaux élevés de stimuli sensoriels pendant longtemps. Nous ne pouvions pas le laisser seul à la maison et il était hors de question de le faire garder.

Mes autres enfants ont aussi souffert, parce qu'ils ont perdu toute une année d'université et qu'ils ont été traumatisés par les incursions de la police chez nous et la crainte que leur frère ne soit blessé ou tué par les policiers au moment de ses nombreuses hospitalisations forcées. Notre fille a perdu une âme sœur et notre autre fils va passer le reste de sa vie sans son frère bien-aimé.

Cette maladie a [...] limité nos possibilités de gagner notre vie. J'ai perdu des revenus de travail et j'ai été congédié par mon employeur en raison de ma faible production. J'ai tout juste réussi à conserver la clientèle que j'avais. Je n'ai pas pu trouver de nouveaux clients pendant trois ans. Je n'ai souvent pas pu tenir mes engagements étant donné que je ne pouvais pas quitter la maison quand mon fils était là. J'avais peur de prendre des rendez-vous le soir parce que je devais alors laisser ma femme et ma fille seules à la maison avec mon fils. Nos économies ont sérieusement fondu.²⁰

Murray nous a relaté les frustrations de sa famille occasionnées par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* qui ne permettait pas au personnel soignant de lui communiquer des renseignements sur la maladie de son fils :

Pourquoi les médecins ne sont-ils pas autorisés à informer les membres de la famille quand on sait que le soutien de la famille est bénéfique pour le malade? Le malade prend des médicaments parce que son mode de pensée est perturbé; pourtant, les médecins estiment que c'est à lui de décider d'informer la famille bien qu'il ne soit pas en état de prendre de décisions raisonnables ou réfléchies.²¹

Il a insisté sur la nécessité de parvenir à un bon équilibre entre le droit du patient d'être traité et la nécessité de le traiter contre son gré :

Quand vient le temps de mettre en équilibre les droits et la prise obligatoire de médicaments, en tant que parents, vous êtes très préoccupés par la vie et le bien-être de votre enfant, et ce n'est donc pas une question de droits. L'enfant a le droit d'être traité, mais il ne se rend pas compte qu'il en a besoin. Il a le droit à la vie, même s'il est incapable de veiller à

²⁰ Murray (9:15-16).

²¹ Murray (9:18).

*ses propres besoins. Il n'y a pas d'hésitation quand c'est sa vie qui est en danger.*²²

Murray a soulevé la question du niveau de financement gouvernemental approprié pour ce qui est de l'établissement des diagnostics, du traitement et de la recherche sur les troubles mentaux, par rapport à d'autres maladies :

Je pense que l'argent que les gouvernements fédéral et provinciaux destinent à la santé doit servir à la santé de tous les Canadiens. Comment se fait-il que les groupes de pression les plus critiques et les plus puissants obtiennent la plus large part des budgets? Nous avons des chiffres que nous pouvons fournir à ce sujet. Pendant ce temps, des personnes vulnérables qui ne peuvent pas se défendre sont laissées pour compte. Dépenser pour elles ne rapporte rien sur le plan politique.

[...]

La question des droits figure sur notre liste de points à régler. Elle échappe au cadre juridique normal. Quand on est aux prises avec un incapable, on se trouve dans une situation délicate.

Il existe divers degrés de schizophrénie, et ceux qui se plaignent du non-respect de leurs droits sont peut-être atteints d'une forme légère de la maladie et estiment qu'ils sont persécutés et traités injustement. La question est délicate.^{23 24}

Murray a aussi soulevé la question du problème de l'intervention précoce dans le cas des troubles mentaux, par rapport à ce qui se fait avec d'autres maladies :

*Est-il raisonnable qu'il y ait beaucoup de lignes directrices pour déterminer si un membre de votre famille souffre de maladie cardiaque, de dépression, de diabète ou autre, mais qu'il n'y en ait aucune pour vérifier si quelqu'un souffre de schizophrénie? Les écoles présument simplement qu'il y a un problème de drogue, ce qui retarde beaucoup le traitement. Or, un traitement précoce est crucial.*²⁵

1.1.4 Le récit de David

C'est la première fois que David acceptait de raconter son expérience personnelle à qui que ce soit. Il a bien précisé qu'il ne lui était pas facile de le faire et a insisté sur l'importance de protéger son identité :

²² Murray (9:28).

²³ Murray (9:28-29).

²⁴ Murray (9:17).

²⁵ *Ibid.*

[...] j'aimerais mettre un visage sur cette maladie en vous parlant un peu de notre expérience familiale. C'est la toute première fois que je fais une chose pareille. Il y a deux semaines, lorsque j'ai reçu votre invitation à comparaître, on m'a dit que vous vouliez entendre un témoignage personnel, eh bien, c'est ce que je vais vous livrer aujourd'hui.

[...]

Je vais me défouler; c'est pourquoi j'aimerais mieux que mon identité ne soit pas divulguée. Je vais vous raconter une expérience très intime tirée de graves problèmes personnels, mais qui forge des valeurs profondes. Je ne sais pas si cet exercice aura pour effet de me déstabiliser ou au contraire de me rasséréner.²⁶

David a un fils autistique de 31 ans. Voici ce qu'il nous en a dit :

Mon fils a 31 ans. Nous ne connaissions pas l'étendue de son handicap jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 15 ans, ce qui est une situation plutôt rare pour la plupart des autistes. Mon fils n'est pas un autiste classique. C'est un autiste de haut niveau; il parle; il lit; il a un diplôme d'études secondaires.²⁷

[...]

Quand il était petit, mon fils Adam avait de la difficulté à se faire des amis. Nous ne savions pas qu'il était autiste. Il n'en présentait pas les symptômes lorsqu'il avait deux ou trois ans, l'âge auquel la plupart des autistes démontrent des tendances à la maladie. Nous avons remarqué qu'il était agressif, particulièrement à l'égard des étrangers et des amis que son frère Andrew invitait à la maison. Les autistes n'aiment pas les changements. Ils résistent à tout changement.

Nous avons aussi remarqué que, plus il vieillissait et plus l'école devait être une source de stress pour Adam. À 15 ans, il a commencé à refuser d'aller à l'école. Certains enfants lui rendaient la vie difficile. Ils se moquaient de lui et mon fils trouvait les récréations extrêmement éprouvantes. Il devenait très agité et colérique. Il sortait se promener et rentrait à la maison dans une rage violente. Il était si en colère qu'il brisait les vitres des fenêtres de notre maison et arrachait les luminaires.²⁸

David a décrit en détail les années de diagnostics erronés et de thérapies inadaptées avant que la famille découvre enfin ce qui n'allait pas avec ce fils :

²⁶ David (9:6).

²⁷ *Ibid.*

²⁸ David (9:8-9).

Nous n'avions pas d'autre solution que de l'envoyer à l'hôpital où les médecins ont diagnostiqué, à tort, un trouble bipolaire. Cela tient au fait qu'à l'époque, notre système médical n'avait pas la capacité de diagnostiquer correctement l'autisme. La situation s'est nettement améliorée depuis. Il est rapidement devenu clair que le diagnostic était erroné. Les médecins de l'hôpital pour enfants où était admis Adam lui administraient des sédatifs, mais ils n'ont absolument rien fait pour résoudre ses problèmes de base.

Nous sommes passés au travers d'expériences traumatisantes. Par exemple, je me souviens qu'une nuit, on nous a appelés à 2 heures du matin pour nous dire qu'Adam s'était échappé de l'hôpital. Il avait sauté par la fenêtre puis, une fois sur le toit, il était descendu par une échelle et avait quitté l'hôpital. Avant que ne nous soyons arrivés sur les lieux, Adam avait été retrouvé par la police et était traité pour hypothermie. Il ne nous a jamais expliqué pourquoi il avait décidé de sauter par la fenêtre et de s'échapper en pyjama en pleine nuit, mais il nous exprimait fréquemment sa colère de l'avoir envoyé à l'hôpital. Plus tard, dans sa rage, il arrachait les luminaires. Il était devenu si agressif et si incontrôlable que nous avons dû l'interner dans un hôpital psychiatrique pour adultes, ce qui était un endroit très inapproprié pour lui, mais restait l'unique solution envisageable car c'était le seul hôpital psychiatrique pour adultes capable de contrôler ses accès de furie et de le garder tranquille.²⁹

Si David et son épouse en avaient su davantage sur l'autisme, ils auraient été mieux en mesure d'aider leur fils :

À l'époque, on en savait très peu sur l'autisme dans notre milieu, et il n'y avait aucune ressource à notre disposition. Notre fils ne souffrait pas de la forme la plus courante de l'autisme. Même s'il était né aujourd'hui, on n'aurait pas pu découvrir immédiatement qu'il était autiste, parce qu'il ne présentait pas les symptômes les plus courants de cette maladie : il pouvait parler; il ne semblait pas avoir d'anomalie physique sur le plan du langage.

Si nous avions su ce qu'il avait, nous n'aurions pas perdu autant de temps. Nous avons gâché une bonne partie de sa vie. Ma réponse est ambivalente à ce sujet. J'ai demandé à ma femme si, d'après elle, nous nous porterions mieux si nous avions su de quoi il s'agissait. Nous avons tous les deux convenu, à un moment donné, que nous n'aurions pas fait autant. Si nous avions su que notre fils était handicapé, nous ne l'aurions peut-être pas poussé autant, parce que c'est ce que nous avons

²⁹ David (9:9).

fait. Nous l'avons poussé au point de nuire à notre santé. Une bonne partie du stress qui s'est manifesté par sa violence physique était dans une large mesure causée par la pression que nous mettions sur lui. C'est ce qui a fait que nous vivions dans un climat très dangereux à la maison. Nous avons peur des incendies et d'autres incidents du genre. Nous l'avons poussé pas mal fort. C'est un côté de la médaille.

De l'autre côté, si nous avions su ce qu'il avait, nous n'aurions pas consacré autant de temps à la thérapie familiale et dépensé autant dans des médicaments convenant mieux à des personnes qui souffrent de trouble bipolaire. Nous aurions essayé de façon beaucoup plus intelligente de faire face au problème de notre fils. Nous aurions demandé des conseils sur la façon d'intervenir. C'est la communication qui a surtout fait problème.³⁰

David nous a aussi parlé des craintes et de la colère ressenties par sa famille :

À bien des égards, l'autisme est pire que le cancer, parce que l'autiste a une longévité normale. Il doit vivre avec la maladie pendant toute sa vie, c'est-à-dire sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Ma femme et moi serons responsables d'Adam jusqu'à notre mort. Nous passons des nuits blanches à nous demander ce qui va advenir de lui quand nous ne serons plus là. Nous n'avons pas beaucoup de ressources financières, ce qui veut dire que nous ne sommes pas en mesure de subvenir à tous ces besoins.³¹

Il nous a relaté la tension que cette maladie mentale avait provoqué chez toute sa famille, notamment chez les frères et sœurs d'Adam, sur le travail de sa femme et sur le sien, sur leurs finances et sur leur réseau d'amis :

Mon fils a une capacité de communication limitée, ce qui réduit son aptitude à converser et à travailler. Il n'a jamais travaillé de sa vie et son handicap nous a profondément marqué, son frère Andrew, ma femme et moi-même. C'était aussi un grand sujet de préoccupation pour mes parents et ceux de mon épouse, qui ne sont maintenant plus de ce monde.³²

[...]

Nous avons l'habitude, avant que nos problèmes n'atteignent des proportions alarmantes, de recevoir des amis et des associés à la maison. Nous les invitons à dîner et répondions à leurs invitations. Or, le fait d'inviter des étrangers à la maison était difficile et pour Adam et pour

³⁰ David (9:23-24).

³¹ David (9:12).

³² David (9:6).

nous. Il ne voulait pas de ces visiteurs. Il lui est déjà arrivé d'aller à la cuisine pendant que ma femme préparait un repas et de tout jeter par terre. Il est très difficile, dans ces circonstances, de préparer un dîner. Aujourd'hui, nous recevons très peu. Nous n'invitons pas d'amis à la maison, et ils ne nous invitent pas non plus. La maison n'est pas nécessairement un havre de paix quand on vit avec une personne atteinte d'autisme [...] On se sent seul, traumatisé.³³

David a aussi expliqué la façon dont la famille compose avec le manque de ressources pour les adultes autistiques :

Quand une personne est atteinte d'autisme, c'est la famille qui assume toutes les responsabilités, que ce soit sur le plan financier, émotionnel ou autre. Ma famille assume tout le fardeau de cette invalidité. Nous ne recevons aucune aide financière ou médicale. Parce que notre fils est un autiste de haut niveau, le gouvernement exige qu'il présente une demande d'aide, qu'il signe les formulaires et qu'il renouvelle sa demande, si besoin est.

Adam ne le fait pas. Il touchait un revenu modeste, mais il devait présenter une nouvelle demande pour continuer de le recevoir. Comme il ne l'a pas fait, il ne reçoit plus rien. Il est incapable de remplir lui-même les formulaires. Toutefois, comme il est un autiste de haut niveau, il ne peut faire de nous ses tuteurs et nous demander d'agir en son nom. Par ailleurs, le seul temps que nous pouvons prendre des vacances, c'est quand le frère d'Adam est à la maison. Or, comme je l'ai déjà mentionné, il étudie à l'université, de sorte qu'il peu probable qu'il passe beaucoup de temps à l'avenir à la maison.³⁴

S'agissant des services et des moyens de soutien communautaire pour les adultes autistiques, voici ce que David nous a déclaré :

Les adultes atteints d'autisme n'ont accès à aucun service. Seuls des soins de relève sont offerts aux autistes de bas niveau. On entend par cela des services de garde, et les personnes qui les assurent touchent un salaire minimum. Aucune activité n'est prévue pour les autistes après l'école; il n'y a qu'un vide. À moins de bénéficier d'une aide importante, les perspectives d'emploi sont plutôt rares pour les autistes. La famille doit assumer tout le fardeau.³⁵

David a insisté sur la nécessité de reconnaître que la santé mentale est aussi importante que la santé physique et que la maladie mentale devrait être traitée avec le même sentiment

³³ David (9:11).

³⁴ David (9:12).

³⁵ David (9:13).

d'urgence que la maladie physique. Il croit que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle déterminant à cet égard :

Il n'y a pas de différence entre une personne souffrant de maladie mentale et une autre souffrant de maladie physique. Reste à savoir si nous traitons les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale avec le même empressement que nous traitons les personnes souffrant d'une maladie physique. Je doute que ce soit le cas. C'est le problème fondamental. Le gouvernement a le rôle d'appliquer une politique publique équitable pour lutter contre les problèmes de santé mentale. Comment pouvons-nous le faire? Comment pouvons-nous changer le milieu?

Le fait est que les troubles de santé mentale ne déclenchent pas le même sentiment d'urgence, parce qu'il est clair que la personne qui en est atteinte sera là demain, alors que la personne souffrant de troubles cardiaques ou de cancer doit être traitée aujourd'hui, parce qu'elle pourrait ne plus être là demain. Cela jette une ombre au tableau. Nous devons faire quelque chose.

Entre autres, et c'est là où votre comité peut jouer un rôle important, le gouvernement pourrait réserver les transferts de fonds pour le traitement des troubles mentaux en les mettant dans une enveloppe fiscale à part ne pouvant servir qu'au traitement des troubles mentaux. Cet argent ne pourrait être utilisé pour rien d'autre.³⁶

1.2 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Il faut, comme l'a dit le président, donner une dimension humaine à la question. Je ne connais pas de meilleur moyen de le faire que de demander à des gens comme les quatre personnes qui sont venues ici de parler haut et fort, de dire des choses qui sont très difficiles à dire. C'est pourquoi j'estime que leur témoignage d'aujourd'hui est très courageux.

Pour être honnête avec vous, je ne connais pas d'autre moyen de le faire. Les gens ne comprennent pas. Les politiciens ne comprennent pas. Ils n'ont aucune idée des difficultés que nous connaissons. Comment les leur faire comprendre? Ils arrivent à comprendre uniquement

³⁶ David (9:37-38).

lorsqu'un proche ou de la parenté le vit. Il est très difficile de comprendre à moins d'être soi-même touché.
[David (9:34)]

Le Comité a beaucoup apprécié les témoignages sérieux et sincères de David, de Murray, de Loïse et de Ronald. Nous avons même le sentiment que les remercier simplement ne suffit pas. Nous comprenons à quel point il leur a été difficile de se présenter devant nous et de nous parler de la façon dont ils l'ont fait.

Ces quatre témoins ont illustré pour le Comité les stigmatisations, la frustration, la crainte et la colère qu'éprouvent les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie ainsi que les membres de leurs parents. Ils nous ont parlé des répercussions de cette maladie sur leurs familles, sur les frères et les sœurs, sur leur vie sociale et sur leurs finances. En nous relatant ainsi des expériences touchantes, émouvantes, très importantes pour le travail du Comité, ces témoins ont levé le voile sur bien des problèmes comme l'accès aux soins, les défauts de communication ou de collaboration entre fournisseurs de soins de santé, le manque de ressources et les droits des patients de même que les questions de protection de la vie privée. Toutes ces questions sont traitées en profondeur dans les autres chapitres du présent rapport. Nous l'avons fait dans l'espoir que notre travail finira par apporter une aide à David, à Murray, à Loïse et à Ronald ainsi qu'aux milliers de personnes comme eux au pays.

CHAPITRE 2: LES TROUBLES MENTAUX ONT UN EFFET SUR LA VIE DE TOUS LES CANADIENS

La maladie mentale peut toucher tout le monde – riche ou pauvre, homme ou femme – de n’importe quelle race ou croyance.

[J. Michael Grass (17 :43).]

INTRODUCTION

C’est parce qu’ils ont pris acte des effets profonds de la maladie mentale et de la toxicomanie sur notre société (qui touchent les Canadiens et les Canadiennes de tous âges et dans toutes les tranches de la population), que le Comité a notamment décidé d’entreprendre une étude approfondie des questions relatives à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie au Canada. La première étape de cette étude, qui constitue le fondement du présent rapport, n’a fait que conforter nos premières impressions.

Ce fléau touche tout le monde : un voisin souffrant d’Alzheimer, une sœur qui a vécu une dépression post-partum, un collègue en congé à cause du stress, un oncle aux prises avec un problème d’alcoolisme ou un ami qui parle de ses troubles de l’alimentation, de pensées suicidaires ou des mauvais traitements subis dans son enfance. On estime qu’un Canadien sur cinq sera, à un moment ou à un autre de sa vie, touché par la maladie mentale ou la toxicomanie. Il ne se passe pas un jour sans que nous *tous*, consciemment ou inconsciemment, ne nous trouvions dans une pièce, un autobus, une salle de restaurant ou ailleurs en présence d’une personne qui a ou a eu une maladie mentale ou un problème de toxicomanie

Le présent chapitre part des récits personnels du chapitre 1. Il décrit les effets de la maladie mentale et de la toxicomanie sur ceux et celles qui en sont atteints, sur leurs familles et sur les fournisseurs de soins, de même que sur la société en général. Dans les pages qui suivent, nous chercherons à mieux comprendre ce que représente le fait de vivre aux prises avec un problème de santé mentale ou au côté d’une personne se trouvant dans cette situation, et nous aborderons les autres facettes des répercussions de la maladie mentale et de la toxicomanie à l’extérieur du cercle familial, c’est-à-dire à l’école, au bureau et dans de nombreux autres lieux de rencontre pour les Canadiennes et les Canadiens.

Dans ce chapitre, il sera essentiellement question de perceptions individuelles. Nous lèverons brièvement le voile sur la vie au quotidien de nombreux Canadiens souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Les extraits cités proviennent principalement de lettres et de courriels adressés au Comité, de témoignages publics, de même que de visites de certains établissements par les membres du Comité et de certains sites Internet. Le plus souvent, il est question de perte : perte d’emploi, perte de la famille, perte du respect pour soi et de la lutte à livrer pour obtenir les soins nécessaires. D’un autre côté, il y a aussi des récits plus positifs, ceux qui concernent des gains : découverte de soi et de la société, services médicaux

et juridiques et services de soutien grâce auxquels les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie peuvent vivre une vie productive et contribuer à la société.

Les voix qui s'élèvent sont nombreuses et fragmentées. Ce sont celles des usagers des services et des personnes qui offrent ces services. Ce sont des voix de mères qui s'occupent de leurs enfants, de maris qui s'occupent de leurs épouses. Ce sont celles d'enseignants qui enseignent la sociabilité et d'autres aptitudes essentielles à leurs protégés, celles d'employeurs qui adaptent leur milieu de travail et de leaders communautaires qui oeuvrent à la revitalisation de leur voisinage. Ce sont les voix d'hommes et de femmes de partout au Canada.

2.1 PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

2.1.1 Un état d'esprit

Plusieurs personnes souffrant de troubles mentaux se sont confiées à nous sur leur état d'esprit en insistant sur le fait que la société les étiquette toutes de « folles ». L'une d'elles conclut ici une longue lettre où elle parle de sa vie instable : « Je ne suis pas fou, comme beaucoup le pensent ».³⁷ Une autre se rappelle ce qui lui est d'abord venu à l'esprit quand, alors qu'elle était âgée de 16 ans, on a diagnostiqué chez elle une psychose : « Oh mon Dieu! Ce n'est pas possible que je fasse partie de tous ces fous qui n'ont pas de maison, pas de famille et pas de vie ».³⁸

Même ceux et celles qui bénéficient de l'appui de leur famille et de leurs amis, qui résident dans des logements confortables, qui mangent régulièrement et qui portent des vêtements propres, qui peuvent se prévaloir des nouvelles thérapies et des meilleurs médicaments disponibles, parlent de leurs sentiments de honte et d'échec surtout en voyant les autres réaliser les objectifs qu'ils s'étaient eux-mêmes fixé. Ces gens-là redoutent la réapparition toujours possible de leurs symptômes. Ils savent qu'on les perçoit différemment des autres et ils se sentent même « différents ». Comme l'a bien précisé une femme : « c'est pire pour nous, parce que nous savons ce à côté de quoi nous passons ».³⁹

Pat Capponi, auteure, journaliste, conférencière et animatrice sociale, qui se définit elle-même comme patiente psychiatrique chronique ayant un vécu psychiatrique, a déclaré au Comité :

Pour beaucoup, un patient psychiatrique reste un patient psychiatrique. Catégorisés comme tel, nous n'avons pas le droit d'être des êtres humains à part entière, ni d'avoir des personnalités de base, comme celles du reste de la population — bonnes, mauvaises, et tout ce qui existe entre les deux. Une personne schizophrène est une personne schizophrène, et

³⁷ Lettre de John, non datée.

³⁸ Lettre de Tara, 28 novembre 2003.

³⁹ Mots rapportés par Pat Capponi, mémoire au Comité, avril 2004, p. 2.

chaque acte qu'elle pose est attribué à sa maladie et non à la nature sous-jacente de la personne ou de ses circonstances.⁴⁰

Beaucoup considèrent que la maladie mentale et la toxicomanie sont un déshonneur; il arrive souvent que les personnes touchées soient discréditées et malheureusement mises à part par la société. Il est malheureux de constater que cette stigmatisation – qu'il s'agisse d'auto-stigmatisation ou de stigmatisation publique – cause autant de détresse quotidienne chez les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie.

2.1.2 Un cycle incessant

Les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie nous ont rappelé à quel point il leur est difficile d'intégrer la société et d'y demeurer en y menant une vie productive à cause du cycle incessant des problèmes auxquels elles sont confrontées. Pat Capponi a indiqué au Comité que les médicaments sont souvent perçus comme la solution la plus simple à des questions par ailleurs complexes, mais qu'ils ne permettent pas vraiment de régler les problèmes sous-jacents réels et continus :

[...] l'argent a été de plus en plus alloué pour garder les patients sortants dans des camisoles de force chimiques, pour le confort et l'homogénéité de la communauté. Si un client est déprimé et en colère que sa vie soit aussi limitée, s'il a peur d'un propriétaire abusif, si la pauvreté le laisse dans la faim et la nervosité, on augmente sa dose de médicaments. Si ce qui lui reste de vie à l'intérieur exprime de la colère, les doses le lui feront oublier.⁴¹

Elle a aussi indiqué au Comité qu'à cause de l'écart qui se creuse entre les nantis et les déshérités, ceux et celles qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie sont confrontés à des difficultés particulières :

De plus en plus de gens ont recours aux services des banques alimentaires, ce qui veut dire que la part du malade mental chronique diminue. Un propriétaire va louer sa maison à des personnes qui, à son avis, seront plus tranquilles qu'un ancien patient atteint de troubles mentaux. Les gens sont de plus en plus laissés pour compte. Les refuges préfèrent ouvrir leurs portes aux immigrants et aux femmes battues au motif qu'ils posent moins de problèmes. Il y a toujours un stigmate associé aux troubles mentaux.⁴²

Là aussi, à cause de la stigmatisation rattachée à la maladie mentale et la toxicomanie, les personnes atteintes peuvent être privées du droit d'avoir un logement ou d'accéder à un refuge.

⁴⁰ Pat Capponi (7:49).

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Pat Capponi (7:70).

2.1.3 Un problème de manque de coordination

Tous ceux et toutes celles qui sont concernés de près ou de loin par la santé mentale et la toxicomanie ont insisté sur le fait que les personnes souffrant de ces états doivent accéder à un continuum de services et de moyens de soutien (incluant un logement abordable et des services de soutien intensifs à court terme) tout de suite après leur sortie d'un hôpital, d'un refuge ou d'une prison. Ils nous ont, toutefois, également rappelé que la prestation de ces services et de ces moyens de soutien doit être mieux coordonnée dans tout le réseau de santé mentale et de toxicomanie, et qu'elle doit aussi être mieux intégrée avec les services offerts par le grand secteur des affaires sociales.

Ce défaut de coordination nous a été illustré par le cas d'un patient/client bénéficiaire de l'aide sociale qui, à ce titre, recevait une certaine somme pour louer un appartement et payer d'autres menues dépenses. Or, ce patient ayant fait une rechute, il a passé 15 jours dans une unité psychiatrique de soins intensifs ce qui lui a valu de perdre ses prestations d'aide sociale et donc son appartement. Ce faisant, le gouvernement a dû s'organiser pour qu'il passe plus de temps en milieu hospitalier en attendant qu'on lui trouve un logement ailleurs dans la collectivité.⁴³

Un autre exemple montre qu'une intervention précoce suivie d'une action préventive coordonnée aurait pu changer l'issue des événements. C'est à l'âge de 25 ans qu'on a diagnostiqué chez un homme de Vancouver, qui avait passé sa vie entre les foyers d'accueil et les cellules de prison depuis l'âge de 13 ans, un trouble bipolaire lors d'une détention provisoire de trois mois pour une entrée par effraction qui devait lui fournir l'argent nécessaire pour acheter de la drogue. Il n'a pas été jugé et a été libéré sous condition, mais il n'a pas fallu longtemps avant qu'il se retrouve derrière les barreaux. On avait notamment fixé comme condition à sa remise en liberté qu'il continue de prendre trois médicaments : du Ritalin, un antidépresseur et de la méthadone. Or, ce cocktail lui « embrouillait les idées ». Comme il recevait 28 \$ par semaine pour se nourrir et se loger, il avait trouvé une petite chambre dans le quartier est du centre-ville. Malheureusement, il n'avait pas assez d'argent pour emprunter les moyens de transport et ne bénéficiait d'aucun système de soutien sur place. Après avoir essayé d'entrer en communication avec son père, qui venait juste de sortir de la prison William's Head, sur l'île de Vancouver, il a enfreint les conditions de sa probation.⁴⁴

Les Canadiens plus âgés sont aux prises avec de nombreux problèmes de santé mentale qui influent sur leur autonomie et sur la maîtrise de leur vie. Par exemple, pour ceux et celles qui souffrent de démence et pour bien d'autres, le fait de ne pas accéder à des moyens de transport peut être synonyme de perte de contact avec le monde extérieur, de perte d'indépendance et de perte de contrôle. Si les transports publics demeurent une option pour certains, pour d'autres ils sont tout simplement inaccessibles. La Société Alzheimer du Canada nous a relaté le cas de deux personnes souffrant de démence. C'est à l'âge de 57 ans qu'on a diagnostiqué cette maladie chez Trevor Jones, agent de police, tandis que Jesse Roy, dont la mère était morte d'Alzheimer, avait 70 ans, vivait encore chez elle et faisait du bénévolat pour aider les autres quand le verdict est tombé. Ces deux personnes se disaient

⁴³ Julio Arboleda-Florez, (11:69).

⁴⁴ Télécopie de Margaret, 28 avril 2004.

particulièrement inquiètes de perdre leur autonomie à cause de leur incapacité à conduire. Trevor ne se faisait plus confiance pour prendre les transports publics et il devait s'en remettre à sa femme et à des amis pour se déplacer. Jesse, elle, craignait qu'en renonçant à la conduite automobile, elle devrait non seulement réduire ses activités mais aussi modifier ses habitudes de vie et se déménager dans un établissement de soins.⁴⁵

Dans tous ces cas, peu ou rien n'est fait du côté des systèmes de soutien. Les services de soutien ne sont ni offerts ni intégrés en sorte de permettre aux personnes qui en ont besoin de bénéficier d'un continuum de soins.

2.1.4 Des services défaillants

Toutes les personnes souffrant de troubles mentaux ont parlé de l'importance d'avoir accès à des services adéquats et de la possibilité d'y accéder. Comme nous l'a décrit une jeune femme : « Je dois ma bonne santé et ma réussite dans la vie à un traitement révolutionnaire dans le cas des jeunes qui vivent leur première cassure par rapport à la réalité [...] Je n'ai pas peur de dire que cette intervention précoce a sauvé ma vie ».⁴⁶

Dans sa lettre, Tara précise que l'accès à des programmes de ce genre, qui sauvent la vie des gens, est limité parce qu'ils en sont surtout à l'étape de recherche dans les hôpitaux d'enseignement :

Même à Ottawa, notre Capitale nationale, le programme d'intervention aux premières épisodes psychotiques est nettement sous-financé et il faut attendre un an pour en bénéficier. Les personnes qui en sont à leur première épisode psychotique s'efforcent lamentablement d'obtenir un traitement. Beaucoup ont peur de demander de l'aide, d'autres en sont tout simplement incapables à cause des effets de la maladie. Les familles n'ont d'autres choix que de se débrouiller toutes seules et d'essayer de se sortir d'une situation impossible.⁴⁷

La nécessité de conduire une détection et une intervention précoces dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie est donc bien établie. Une intervention précoce peut permettre d'éviter que des troubles mentaux ne dégèrent, de réduire l'incapacité à long terme et de contribuer à alléger le fardeau qui repose sur les familles et sur les autres aidants naturels.

⁴⁵ Société Alzheimer du Canada, mémoire présenté au Comité, 4 juin 2003.

⁴⁶ Lettre de Tara, 28 novembre 2003.

⁴⁷ *Ibid.*

2.2 CAS DE CEUX ET CELLES QUI S'OCCUPENT DE PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE

2.2.1 Les craintes des parents

Les parents sont les premiers défenseurs des intérêts de leurs enfants quand ils entrent à un point quelconque du système de soins de santé. Face à la santé mentale, les parents prennent conscience qu'ils devront jouer ce rôle de défenseur et de fournisseur de soins pendant très longtemps. Ils deviendront un tampon permanent entre les malades et une société qui leur est trop souvent hostile. Quand ils ont de jeunes enfants, les parents doivent se débrouiller pour trouver des réseaux qui offrent les services et les moyens de soutien appropriés, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur des soins de santé. Ils doivent se surmener pour leurs enfants jusqu'à ce qu'ils n'en soient plus capables à cause de l'âge ou de la maladie.

Selon certains témoins, le sort de leurs enfants, une fois qu'ils ne seront plus eux-mêmes en mesure de les défendre, est ce qui inquiète le plus les parents. Phil Upshall, président de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et directeur national de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, nous a relaté l'histoire de deux amis de sa famille : « Ma famille avait deux amis ayant des proches atteints de maladies mentales graves, que l'on ne pouvait absolument pas traiter, et qui résidaient avec eux. La grande peur de ces familles c'était ce qui pourrait advenir de leur fils ou de leur fille après leur départ.⁴⁸ »

Dans une lettre qu'elle a adressée au Comité, une femme de 76 ans parle des nombreuses craintes qu'elle entretient au sujet de son fils interné pour des traitements psychiatriques. Elle doute de l'efficacité du traitement et craint les effets secondaires qu'elle a déjà observés chez son fils. Elle aurait voulu que l'on fasse enquête sur les conditions de vie et autres dans cet établissement, mais elle n'avait pas les ressources nécessaires à partir de sa maigre pension mensuelle pour assumer les frais juridiques nécessaires. Elle nous écrit : « Je ne veux pas mourir tant que mon fils est un patient prisonnier dans ces lieux [...] Parce que j'ai vu ce qu'ils font aux patients qui n'ont pas de parenté.⁴⁹ »

Une autre mère nous a écrit au sujet de son fils adulte autistique qui a des problèmes pour dormir la nuit et qui a besoin d'elle en permanence; elle doit le border et le rassurer pour qu'il se rendorme.

Je m'inquiète de ce qu'il adviendra de Stephen dans l'immédiat et à plus long terme. Aura-t-on un jour accès à un programme pour lui? Et si je tombais malade? Si mon cancer revenait? Que lui arrivera-t-il au bout du compte? Qui s'occupera de lui comme je le fais quand je ne serai simplement plus là pour m'en occuper?⁵⁰

Les familles sont souvent la principale ressource et le seul soutien sur lesquels peuvent compter les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. À cause des ressources limitées dont dispose le secteur hospitalier et le secteur communautaire, ce sont

⁴⁸ Phil Upshall (9:30).

⁴⁹ Lettre d'Amy, 3 octobre 2003.

⁵⁰ Lettre d'une rédactrice anonyme, février 2003.

les parents qui doivent loger, s'occuper, encadrer et aide financièrement les enfants touchés. Comme nous venons de le voir, ceux qui nous ont relaté leur expérience montrent bien que tout cela peut être source d'énormes tensions et de stress émotionnel.

2.2.2 Les parents défenseurs

Les parents sont très soucieux du bien-être de leurs enfants quand ils intègrent le système de soins de santé pour faire traiter leur maladie mentale. Les profanes qu'ils sont estiment ne pas posséder les connaissances ni les ressources nécessaires pour faire face aux nombreux défis qui les attendent. Ils craignent ne pas apporter le niveau de soins nécessaire et que les soins disponibles ne soient pas dispensés avec toute la sensibilité dont leur progéniture a besoin. Ils s'inquiètent du coût des soins spécialisés et des conseils juridiques qu'ils devront obtenir en plus. De nombreux parents et patients ont tenu à nous rappeler que ceux et celles qui souffrent de troubles mentaux doivent pouvoir compter sur des défenseurs dévoués qui les aident à obtenir un logement approprié, des services de soutien ainsi que des traitements et des soins.

Dans sa lettre, une mère nous a relaté le parcours du combattant auquel elle a dû se livrer dans le système actuel : elle voulait avoir la garantie que les membres de la famille auraient un « premier droit de refus » en tant que partie prenante à la décision pour obtenir des renseignements sur le diagnostic et le traitement de leur cher patient, afin d'envisager les options possibles dans le cadre des soins offerts.⁵¹

Certains témoins ont souligné la nécessité d'offrir des soins constants aux enfants autistiques et à ceux atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale ou souffrant des effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF). Ils ont insisté sur le fait que de nombreux parents et aidants naturels non seulement subissent une mise à l'écart sociale et un isolement émotionnel par rapport à leurs familles, leurs amis et la société, mais qu'ils doivent aussi assumer des fardeaux financiers très lourds dans leur tentative visant à obtenir de l'aide. S'agissant de SAF/EAF, Pam Massad devait préciser :

Dans leurs tentatives pour avoir accès aux services de soutien nécessaires à leurs enfants, les familles sont nombreuses à faire face à des charges financières très lourdes. En effet, beaucoup de provinces et de territoires n'offrent pas d'aide financière pour ceux qui veulent avoir des services de santé spécialisés, de l'encadrement pédagogique et du soutien juridique.⁵²

Le père d'un enfant de trois ans, Steven, pour qui l'on avait posé un diagnostic d'autisme à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario (HEEO) le 8 décembre 2003, nous a écrit au sujet des délais et des coûts qu'il a dû subir afin d'obtenir les traitements appropriés. « Cela fait déjà 261 jours que nous patientons sur une liste d'attente. Jusqu'ici, nous n'avons pas reçu un seul sou en aide financière ni aucun traitement médical nécessaire ». ⁵³ Dans le reste du courriel, ce père nous précise que la famille n'a d'autres choix que de recourir à des soins privés et qu'elle doit maintenant assumer de sa poche des coûts d'environ 50 000 \$ par an.

⁵¹ Lettre d'Irene, 7 avril 2003.

⁵² Pam Massad (13:7).

⁵³ Courriel d'Andrew, 25 août 2004.

2.2.3 Les parents qui survivent à leurs enfants

Les parents peuvent voir partir leurs enfants en détresse. Ceux et celles qui ont connu le suicide dans leur entourage parlent de leurs besoins désespérés d'obtenir de l'aide pour mettre un terme à la « peine inutile et indescriptible » ressentie par ceux qui voient leur vie dévastée par la perte d'un être cher. Diane Yackel, du Centre de prévention du suicide, nous a précisé que, tous les jours au Canada, « plus de 10 familles de notre grand pays ont vu leur vie irréversiblement changée parce qu'un père, un fils, une sœur ou un proche a décidé, intentionnellement jusqu'à un certain point, de se suicider ». ⁵⁴

Elle nous a relaté les événements tragiques qu'ont traversé quatre mères :

- Le premier récit concernait une femme dont les deux époux s'étaient suicidés. « Elle est venue me consulter après que son fils, son unique enfant, se soit pendu. Plusieurs semaines après la mort de son fils, elle a été remerciée de ses services par son employeur parce qu'elle 'n'était plus un employé productif' ».
- Il y a aussi eu cette mère qui a perdu ses moyens. « Elle s'était figée dans le temps. Elle était incapable de dormir où que ce soit, sauf sur le sofa près de la porte d'entrée de la maison. C'était le sofa sur lequel elle avait vu pour la dernière fois son fils et duquel elle avait entendu le coup de feu. Il y avait peut-être une chance, une toute petite chance, si elle demeurait là suffisamment longtemps, pour qu'il franchisse à nouveau la porte et qu'elle ait une autre chance de l'empêcher d'aller dans sa chambre et de se tuer. »
- Il y a également eu cette mère autochtone dont la fille de 19 ans s'était couchée sur la voie ferrée quand le mal de vivre lui était devenu trop lourd à porter.
- Et puis, cette autre mère, elle-même veuve, qui a découvert le corps de sa fille de 14 ans pendu dans la maison et qui a dû couper la corde. ⁵⁵

Il est impossible d'appréhender pleinement et de faire passer l'angoisse profonde qui étreint ceux qui restent après un suicide. Ces personnes ont essentiellement indiqué au Comité qu'il fallait adopter une stratégie complète en matière de prévention du suicide incluant la détection précoce des comportements suicidaires et la gestion de crise.

2.3 CEUX ET CELLES QUI OFFRENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

2.3.1 L'accès aux fournisseurs de soins

En santé mentale, la plupart des nombreux acteurs qui ouvrent la porte du « système » sont les professionnels de la santé qui dispensent des traitements, mais d'autres, comme les enseignants et les travailleurs sociaux, favorisent aussi l'accès aux services et aux moyens de soutien qui s'imposent. Au Canada, l'accès à ces services et moyens de soutien est inégal

⁵⁴ Diane Yackel (6:47).

⁵⁵ Diane Yackel (6:46).

d'une région à l'autre. Les pénuries d'effectif sont perceptibles partout, mais elles sont critiques dans certaines parties du pays.

Un mémoire soumis au Comité décrit les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie à cause d'un accès limité aux fournisseurs de soins :

Au Yukon, par exemple, on ne trouve actuellement aucun psychiatre résident. Résultat : les gens sont contraints de courir de grandes distances pour recevoir les services nécessaires – difficulté (ironiquement baptisée de « thérapie navette ») qui est doublement stressante pour celui ou celle qui est aux prises avec un problème de santé mentale.⁵⁶

Les fournisseurs, quant à eux, ont indiqué au Comité qu'ils sont souvent en mesure d'attribuer ne serait-ce qu'une partie des problèmes auxquels se heurtent les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie à leur état physique ou à leur situation socioéconomique. Une psychiatre, qui fait des visites à domicile, nous a parlé de la vie de certains de ses patients :

Nombreux sont mes patients qui ne disposent de moyens de transport et notre collectivité rurale est très étendue. Un grand nombre d'entre eux vivent, en famille nombreuse, dans des logements inadéquats. Le sol de certains logements est encore en terre battue, il n'y a pas de plomberie, ni de chauffage pour l'hiver à part un poêle à bois.⁵⁷

Elle nous a également raconté qu'il lui avait fallu six mois pour établir une relation avec un vieil homme atteint de schizophrénie paranoïaque et avec qui elle ne s'était jusque là entretenue que derrière sa porte entrebâillée. Un jour enfin, il s'est senti suffisamment à l'aise pour l'inviter à l'intérieur.⁵⁸

Ces récits nous montrent qu'il est nécessaire de relever les défis posés par la santé mentale dans les collectivités rurales et éloignées qui sont dépourvues de service.

2.3.2 Les enseignants et les autres fournisseurs de services en milieu scolaire

Le rôle des enseignants, des écoles et des autres en matière de détection précoce des troubles mentaux a fait l'objet d'une attention considérable lors des audiences du Comité. De nombreux témoins ont insisté sur le rôle important que jouent les écoles pour détecter assez tôt les problèmes de santé mentale et les maladies mentales avant que les troubles n'aient d'effets dommageables sur toute une vie. Plusieurs témoins ont établi des liens entre les problèmes constatés en lecture et en écriture et la détresse psychologique ou les troubles mentaux. Comme Tom Lips, de Santé Canada, l'a indiqué au sujet de l'alphabétisation, « il est possible que certains facteurs liés à la santé mentale contribuent à favoriser

⁵⁶ Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, juin 2003.

⁵⁷ Dr Cornelia Wieman (9:53).

⁵⁸ *Ibid.*

l'analphabétisme. De plus, le fait d'être analphabète a forcément des incidences sur la santé mentale ».⁵⁹

D'un autre côté, les témoins ont reconnu que, même si l'école demeure le lieu où les enfants passent le plus clair de leur temps et acquièrent leur aptitude sociale fonctionnelle, il ressort que les ressources disponibles étant particulièrement sollicitées, il est actuellement difficile d'assurer des interventions adaptées. Les enseignants ont des classes plus importantes que jadis. Ce faisant, il leur est extrêmement difficile de repérer et de confronter les élèves qui présentent davantage de problèmes complexes. Les services dispensés par le personnel infirmier, les psychologues et les travailleurs sociaux en milieu scolaire ont été considérablement réduits. Il arrive que les approches thérapeutiques soient tellement fragmentées qu'elles prennent fin en plein milieu de l'année scolaire.

Les enfants souffrant de troubles déficitaires de l'attention (TDA), d'hyperactivité avec déficit de l'attention (HDA) et de troubles de l'apprentissage sont impulsifs, ont de la difficulté à se concentrer et à gérer leur comportement. Ils peuvent aussi avoir de la difficulté à lire, à distinguer les sons et à comprendre l'enseignant.

Le Comité a appris qu'à Toronto la liste d'attente pour un simple diagnostic dans le système public est de 18 mois – soit près de deux années scolaires. L'accès au secteur privé est possible en moins d'une semaine ou deux pour ceux qui peuvent déboursier 2 000 \$ pour les services d'un psychologue (la plupart des régimes d'assurance des employeurs ne remboursant en moyenne que 300 \$ pour les soins psychologiques).⁶⁰

Diane Sacks, présidente désignée de la Société canadienne de pédiatrie, nous a signalé qu'un grand nombre d'enfants atteints de TDA ou de HDA ainsi que de troubles d'apprentissage masquent leur problème jusqu'au premier cycle du secondaire et qu'ils :

... commencent alors à accumuler les échecs, justement à un moment où beaucoup d'entre eux ont aussi l'impression que leur corps les trahit. Ils ne sont pas assez forts, pas assez minces et certainement pas assez grands. Les pressions sont énormes. Les faibles aptitudes sociales associées à ce problème entraînent des rejets et des conflits avec les pairs. Comment un adolescent «idiot», qui a de mauvaises notes et des aptitudes sociales déficientes — puisque c'est à cela que ressemblent les jeunes chez qui le THADA n'est pas traité —, peut-il se constituer un groupe de pairs, ce qui, comme nous l'avons déjà dit, est une des tâches essentielles de l'adolescence? Il en est incapable. Cela crée des problèmes d'estime de soi, qui sont directement liés aux problèmes de comportement et d'intimidation et aux démêlés avec la loi.⁶¹

Le fait que l'apparition de la plupart des troubles de santé mentale chez les adultes surviennent dans l'enfance nous rappelle, une fois de plus, qu'il conviendrait de consacrer davantage de ressources à la détection et à l'intervention précoces. Il faut reconnaître le rôle

⁵⁹ Tom Lips, Santé Canada (11:25).

⁶⁰ Diane Sacks (13:53).

⁶¹ Diane Sacks (13:51).

prépondérant que les écoles sont appelées à jouer dans la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale.

2.3.3 Les fournisseurs de soins primaires

Le Comité a été frappé par le nombre de témoins venus parler de l'importance et de la gamme des services nécessaires. Certains ont souligné la nécessité d'offrir plus de formation aux médecins de santé primaire dans le diagnostic des troubles mentaux et le déclenchement d'interventions précoces. D'autres nous ont entretenus du rôle des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux et des psychologues. Beaucoup ont insisté sur la nécessité de combiner soins physiques et soins mentaux dans le cadre d'un continuum de soins, en rappelant que, trop souvent, nous traitons l'esprit et le corps à part, un peu comme s'il s'agissait de deux entités distinctes.

Les représentants de la Société canadienne de psychologie nous ont relaté les problèmes psychologiques particuliers auxquels sont confrontées différentes personnes à différentes étapes :

- Un adolescent de 12 ans, diabétique, doit s'adapter à un schéma posologique particulier assorti d'injections, de prélèvements sanguins quotidiens et d'ajustements sur le plan alimentaire.
- Les membres de la famille d'un homme d'âge moyen doivent modifier leur comportement et leurs relations parce qu'il a eu une crise cardiaque qui a failli lui être fatale.
- Une famille s'occupe à domicile d'un parent atteint de démence;
- Une mère fait face à sa fin prochaine à cause d'un lymphome non hodgkinien et va laisser derrière elle deux jeunes enfants.⁶²

À cet égard, la D^{re} Cornelia Wieman, psychiatre auprès des Six Nations Mental Health Services (Ohsweken, Ontario), a exprimé certaines réserves face à l'adoption d'une approche biologique étroite dans le cas des maladies mentales. Pour elle, le simple fait de prescrire un antidépresseur à un patient risque, par exemple, d'avoir des conséquences non désirables :

[...] le fils de l'une de mes patientes s'est suicidé l'année dernière alors qu'il était en garde à vue. La même année, on a découvert qu'elle avait un cancer du rein, on l'a opérée pour lui retirer le rein. Sa plus jeune fille, âgée de 14 ans a réagi au suicide de son frère en adoptant un comportement à risque très élevé, notamment l'abus d'alcool ou d'autres drogues, des relations sexuelles non protégées et des fugues de plusieurs jours. Cette femme est en congé de maladie, elle est donc en très mauvaise situation financière. En outre, elle héberge beaucoup de membres de sa famille. C'est une veuve qui bénéficie de très peu d'aides sociales.

⁶² Sam Mikail et John Service, [Présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada](#), Société canadienne de psychologie, avril 2002.

Il serait irréaliste, à mon sens, de ne prescrire à cette patiente qu'un antidépresseur et de l'assurer qu'elle se rétablira avec le temps. Cependant, en lui prescrivant un antidépresseur, mais aussi en lui offrant d'autres aides psychosociales, notamment du counselling, et après lui avoir donné un traitement assez intensif pendant un an dans notre clinique, elle s'est finalement rétablie et reprend un emploi à plein temps ce mois-ci.⁶³

Elle nous a aussi signalé qu'en sa qualité de médecin payée à l'acte, elle n'est rémunérée que pour les consultations en personne et non pour le temps passé à discuter avec d'autres fournisseurs de services sur les cas de clients communs.

D'après les échanges que les membres du Comité ont eus avec ces témoins, tout semble indiquer que nous devons repenser la façon dont nous traitons la maladie mentale par rapport à la maladie physique. Nous devons parvenir à un certain équilibre entre une approche biomédicale étroite et l'intervention psychologique. Il faut adopter des mesures incitatives appropriées pour que les fournisseurs de soins consacrent le temps nécessaire à répondre aux besoins spécifiques et généralement chronophages des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie.

2.3.4 La détresse des fournisseurs de soins

Les professionnels de la santé mentale sont, eux aussi, aux prises avec certaines anxiétés. Ils ne sont pas toujours en mesure de répondre aussi bien qu'ils le souhaiteraient aux besoins de leurs patients et de leurs familles. Il arrive que cette situation soit le résultat de ressources insuffisantes, mais parfois, les professionnels sont conscients qu'en posant un diagnostic de maladie mentale ils seront peut-être obligés de traiter le patient et sa famille d'une autre façon que s'il s'était agi d'une maladie physique.

Une pédiatre nous a parlé des gains réalisés dans les méthodes d'établissement de diagnostic pour un grand nombre de maladies d'enfance et de l'écart, sur le plan de la recherche, constaté dans les méthodes de prévention et de traitement. Elle nous a fait remarquer que la recherche pour des services appropriés peut revêtir une importance vitale quand :

[...] les services qui dispensent les traitements souffrent d'un grave sous-financement et que les familles doivent rechercher désespérément les quelques rares places disponibles. À cause de la fragmentation des services, les familles et leurs fournisseurs de soins primaires doivent envisager de nouvelles options presque année après année.⁶⁴

D'autres fournisseurs nous ont rappelé que certaines attitudes et méthodes de traitement que l'on rencontrait il n'y a pas si longtemps chez des professionnels et qui sont maintenant jugées répréhensibles. Voici ce que le D^r Michel Maziade, chef du département de psychiatrie à la faculté de médecine de l'Université de Laval (Québec), nous a déclaré à cet égard :

⁶³ Dre Cornelia Wieman (9:54).

⁶⁴ Dre Diane Sacks, présidente désignée, Société canadienne de pédiatrie, mémoire au Cabinet, mai 2003, p. 1.

Dans les années 50 et jusqu'à la fin des années 60, on utilisait beaucoup la psychoanalyse et tout dépendait du milieu. C'était comme si le cerveau n'existait pas du tout. Si vous regardez les documents publiés à l'époque, tous ces désordres — la schizophrénie, l'autisme, la psychose maniaco-dépressive — étaient la faute de la mère. C'était toujours parce que la mère n'avait pas l'éducation voulue.

[...]

À l'époque, on accusait les gens. Je suis psychiatre spécialisé dans l'enfance et l'adolescence et je l'ai fait moi-même comme résident au début des années 70. Je transmettais le diagnostic de cette maladie terrible aux parents et au lieu de les soutenir, comme je l'aurais fait si l'enfant avait eu une maladie cardiaque, je les accusais parce que je leur recommandais de faire de la psychothérapie pour aider leur enfant, parce qu'il manquait quelque chose dans leur relation avec cet enfant. C'était terrible.⁶⁵

2.4 SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE AU TRAVAIL

2.4.1 Les secrets du milieu de travail

Dans certains milieux de travail, les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie peuvent avoir accès à une certaine forme d'assistance pour faire face à leurs problèmes, mais même quand tel est le cas et que de tels services sont offerts, il leur arrive trop souvent de devoir taire cette lutte personnelle. Trop souvent, la crainte de perdre son emploi ou d'être stigmatisé par les collègues suffit à empêcher celui ou celle qui souffre d'un trouble mental de réclamer un traitement. Des témoins ont indiqué au Comité qu'il est courant que des employés se blâment eux-mêmes et gardent le silence quand ils sont déprimés ou incapables de satisfaire aux attentes de leurs employeurs à cause d'un problème de santé mentale ou d'abus de substances.

Les gens ont tendance à garder pour eux-mêmes des problèmes qui leur sont personnels, au risque parfois que leur carrière et leur bien-être en pâtissent. Le Comité a eu vent de plusieurs cas de ce type :

Michael Koo, 34 ans, dit s'être senti dévasté quand ses collègues de travail se sont plaint, dans une évaluation de rendement, qu'il ne faisait pas sa part. Or, Michael Koo ne se sentait pas à l'aise d'expliquer que sa faible productivité était due à une dépression majeure. « Je me suis dit que je ne pouvais pas révéler ce qui m'arrivait, parce que j'aurais perdu mon travail », ajoutant qu'il était honteux de prendre des congés pour stress.

⁶⁵ Dr Michel Maziade (14:32).

Jane, biologiste de 30 ans, dit n'avoir jamais parlé de sa dépression clinique avec son employeur parce qu'elle avait peur de perdre son respect. « Les gens au travail veulent avoir affaire à des collègues fiables et cohérents », ajoute-t-elle. « Le fait d'être perçue comme vulnérabilisée par la dépression limite la foi que les gens peuvent placer en vous ». Bien qu'elle ait caché sa dépression, Jane affirme avoir perdu toute sa crédibilité au travail quand son rendement a commencé à en souffrir : « Je ne respectais pas mes engagements et j'étais incapable de justifier mon inaptitude à produire en fonction des attentes de l'employeur. »⁶⁶

Tous ces récits soulignent la nécessité de mieux sensibiliser le milieu de travail aux réalités de la maladie mentale et de la toxicomanie. Nous aurons franchi une étape importante dans ce sens une fois que les cadres en milieu de travail connaîtront mieux la maladie mentale et la toxicomanie, car ils seront ainsi davantage en mesure de proposer des aménagements pour les travailleurs et les travailleuses qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie.

2.4.2 Les réussites dans le milieu de travail

Les personnes atteintes de maladie mentale ont dû se battre pour se faire une place au sein de la population active. La réadaptation professionnelle existe certes depuis des décennies, mais l'apparition d'entreprises composées de personnes ayant un vécu psychologique est relativement récente. Pat Capponi nous a décrit la lutte à laquelle elle a dû se livrer à l'Ontario Council of Alternative Businesses pour trouver des débouchés d'emploi à des patients psychiatriques chroniques dans des collectivités où les contribuables, les entreprises et les politiciens locaux étaient hostiles :

*Notre communauté a commencé à se rendre compte qu'il y avait des possibilités pour nous. Petit à petit, nous nous sommes dotés de modèles et de chefs. Nous réussissions, nous détruisions les mythes et les idées préconçues sur ce que nous étions et nous formions une communauté. Les patients psychiatriques chroniques s'engageaient à arriver à l'heure au travail. En acquérant de nouvelles compétences, nous arrivions à créer des relations amicales durables et saisissons toutes les occasions d'apprendre des expériences des autres.*⁶⁷

Le travail contribue énormément au rétablissement des patients. Le fait d'avoir un emploi peut permettre de réduire la fréquence et la gravité des épisodes de maladie aiguë parce qu'il offre une structure, la possibilité d'établir des liens sociaux et d'avoir une vie remplie. Pour des personnes souffrant de maladie mentale, le fait de percevoir un chèque de paie régulier permet aussi de réduire la dépendance de l'aide sociale et la nécessité de recourir à des services de santé et à des moyens de soutien spécialisés.

⁶⁶ Selon les renseignements recueillis sur le site <http://www.heretohelp.bc.ca/>.

⁶⁷ Pat Capponi (7:48).

2.5 PERSONNE SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE QUI RELEVÉ DE LA RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

2.5.1 Les anciens combattants

La question des anciens combattants a amené le Comité à se déplacer à l'Hôpital de Ste-Anne-de-Bellevue, à Québec, seul établissement spécialisé encore administré par le ministère des Anciens combattants. À l'instar de nombreux Canadiens âgés, les anciens combattants préfèrent demeurer chez eux le plus longtemps possible avant d'être admis dans des établissements de soins de longue durée. Malheureusement, ils peuvent être en sérieuse perte d'autonomie au moment où ils sont admis dans ces institutions. À Ste-Anne, 50 à 80 p. 100 des résidents souffrent de démence à des degrés divers. La solitude et l'ennui ressentis par de nombreux patients dans ce genre d'établissement ne font qu'exacerber ces troubles mentaux.

Bernard Groulx, chef psychiatre à Ste-Anne, nous a parlé de certains des problèmes particuliers dans le cas des patients souffrant de démence.

Ces patients sont aux prises avec de graves problèmes. Ils se lèvent la nuit, sont désorientés dans le temps, dans l'espace et dans leurs relations avec les autres; ils sont incontinents, ils sont émotionnellement instables, ils sont hyperactifs, souvent agressifs, délirent ou hallucinent et affichent toute une variété de comportements agités.⁶⁸

La démarche des infirmières et infirmiers spécialisés est essentielle pour garantir une qualité de la vie raisonnable à ces patients. Le personnel infirmier de l'hôpital doit apporter son soutien aux familles tout autant qu'aux résidents. Une infirmière de l'Hôpital Ste-Anne nous a déclaré : « Je travaille beaucoup avec les familles, surtout dans les cas où un membre est atteint de la maladie d'Alzheimer. Je dois communiquer avec elles, les rendre plus à l'aise et les aider à mieux comprendre la maladie [...] Je les soutiens dans toutes les épreuves qu'elles doivent traverser, dans les périodes difficiles ».⁶⁹

2.5.2 Les détenus

Les détenus des pénitenciers fédéraux relèvent de la responsabilité d'Ottawa. Les tendances récentes indiquent que la proportion de délinquants fédéraux souffrant de troubles mentaux ou d'abus de substances est en augmentation, bien que les admissions en prison et les effectifs de détenus soient en déclin. Une partie de cette population, comme les femmes et les Autochtones, ont des besoins particuliers.

Le Service correctionnel du Canada a pris acte de la nécessité de dispenser des traitements en santé mentale :

⁶⁸ Bernard Groulx, mémoire sur les soins psychiatriques à l'Hôpital pour anciens combattants de Ste-Anne, remis au Comité le 7 mai 2003.

⁶⁹ Sarah Tyrrell, *Les infirmières : Toujours là pour vous – la famille et les soins*, Anciens combattants Canada, 2002.

Les soins de santé mentale pour les délinquants servent à réduire les effets invalidants des maladies mentales graves afin d'optimiser la capacité de chaque détenu de participer de plein gré aux programmes correctionnels; à contribuer au maintien d'un milieu carcéral sûr pour le personnel, les détenus, les bénévoles et les visiteurs; et à atténuer les extrêmes inutiles de la souffrance humaine causée par la maladie mentale.⁷⁰

Les responsables du ministère nous ont aussi parlé de la nécessité de composer avec des délinquants qui exigent une intervention spécialisée en santé mentale afin de réduire le phénomène de va-et-vient des patients :

Il existe ce que l'on appelle une porte tournante entre les services correctionnels, à la fois fédéraux et provinciaux, mais également dans les communautés, où les gens atteints de troubles de santé mentale se retrouvent dans le système de justice criminelle. Alors que les délinquants ayant des troubles mentaux sont moins susceptibles de récidiver — notamment de manière violente —, ils sont plus susceptibles de retourner en prison à cause d'une violation de leur liberté conditionnelle, qui est souvent le résultat d'un soutien inadéquat lorsqu'ils réintègrent la société.⁷¹

Tout cela nous indique qu'il faut instaurer de meilleurs liens entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et entre l'appareil de justice et les systèmes de services/moyens de soutien en santé mentale. Le Service correctionnel du Canada doit faire davantage pour enrayer ce phénomène de va-et-vient.

2.5.3 Les Premières nations et les Inuits

L'inadéquation de l'accès aux services de counselling individuel pour les patients des Premières nations et les patients inuits en vertu du Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada, a soulevé un certain nombre de questions. Le Programme SSNA s'adresse aux clients « en crise » et à ceux qui ne peuvent bénéficier des services de counselling offerts dans les cliniques externes financés par la province ou qui ne peuvent payer pour des services privés. Malheureusement, à cause de revenus limités et de problèmes de transport et d'accès, nombre de patients passent au travers des mailles du filet.

Selon la D^{re} Cornelia Wieman :

Mes patients ont maintenant accès au counselling individuel grâce au Programme des services de santé non assurés (SSNA). [...] Toutefois [...] la limite est fixée à 15 séances avec une possibilité d'un renouvellement de 12 autres séances. Un total de 27 séances ne suffit pas

⁷⁰ Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel du Canada (7:53).

⁷¹ Françoise Bouchard (7:54).

*à bien aider un grand nombre de patients à surmonter leurs problèmes de santé mentale.*⁷²

De toute évidence, il va falloir réviser le Programme SSNA afin qu'il réponde mieux aux besoins des Premières nations et des Inuits dans le domaine de la santé mentale.

2.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Même s'ils n'ont fait que porter un regard très général sur la vie des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, les membres du Comité sont bien conscients que les extraits de témoignages ci-dessus ne font qu'aborder ce qui est un vaste problème. Il est impossible de dresser l'inventaire complet des nombreux groupes de Canadiennes et de Canadiens souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie et de présenter un fragment de ce qu'ils vivent.

Dans le restant de ce rapport, le Comité présente des extraits des témoignages recueillis au cours des 18 derniers mois. Il s'agit-là de la première étape en vue d'appréhender les énormes défis qui nous attendent dans la formulation d'un ensemble de recommandations destinées à améliorer la qualité de vie de celles et de ceux qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie ou qui en ressentent les effets directs ou indirects... Et nous sommes tous du nombre.

⁷² Dre Cornelia Wieman (9:55).

CHAPITRE 3: STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

3.1 INTRODUCTION

Durant ses audiences, le Comité a recueilli de nombreux témoignages indiquant qu'il est extrêmement important de s'attaquer directement au problème de la stigmatisation et de la discrimination que rencontrent les personnes souffrant d'un trouble mental. Les participants ont longuement discuté des meilleures méthodes envisageables pour réduire la stigmatisation et combattre la discrimination, ainsi que des mesures à prendre pour mieux comprendre la relation entre ces deux phénomènes.

Un très large accord est apparu sur l'importance primordiale de ces deux questions pour améliorer l'accès aux services de santé mentale et la prestation de ces services, et pour rehausser, de manière plus générale, la santé mentale des Canadiens. M^{me} Heather Stuart, professeure associée en santé communautaire et épidémiologie à l'Université Queen's, l'a fort bien exprimé devant le Comité :

Nous nous trouvons actuellement dans un modèle communautaire de santé mentale et donc la stigmatisation et la discrimination sont pour nous le nœud du problème. Ce sont nos principaux obstacles au traitement de la santé mentale à notre époque moderne. Lorsque nous relâchons les gens dans notre collectivité, nous espérons que la collectivité les acceptera et prendra soin d'eux. Ce n'est pas le cas.⁷³

Dans la première partie de ce chapitre, nous examinerons comment définir les deux phénomènes que sont la stigmatisation et la discrimination, comment ils sont reliés et quels sont les facteurs qui contribuent à leur persistance. Dans la deuxième partie, nous analyserons l'incidence de la stigmatisation et de la discrimination sur les personnes souffrant de trouble mental, afin de mieux comprendre pourquoi de nombreux témoins en arrivent à dire que leur fardeau est plus lourd que celui de la maladie elle-même. Dans la troisième partie, nous examinerons les solutions et stratégies recommandées pour lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de trouble mental et pour réduire la discrimination dont elles font l'objet. La dernière partie du chapitre sera consacrée aux observations du Comité.

3.2 STIGMATISATION : DÉFINITION ET LIEN AVEC LA DISCRIMINATION

Toute analyse de la stigmatisation et de la discrimination oblige à poser deux questions :

1. Quelle relation y a-t-il entre la stigmatisation dont souffrent les personnes atteintes de trouble mental et la discrimination dont elles sont l'objet?

⁷³ Deuxième session, 15:10.

2. Pourquoi est-il si difficile de changer les attitudes et de réduire la discrimination?

Nous examinerons la deuxième question dans la troisième partie de ce chapitre. En ce qui concerne la relation entre stigmatisation et discrimination, certains témoins ont soutenu que le mot stigmatisation a, en soi, tendance à détourner l'attention du vrai problème et qu'il faudrait le laisser de côté pour parler plutôt de discrimination. C'est l'opinion qu'a exprimée M^{me} Nancy Hall, consultante en santé mentale :

Je suis de l'école qui appelle les choses par leur nom et on parle bien de discrimination. Dans toutes les autres organisations de déficience auxquelles je participe, on n'utilise pas le mot « stigmatisation » qui est le terme poli employé pour désigner la « discrimination ». Quand une personne souffrant d'une maladie mentale est systématiquement traitée de façon différente, c'est de la discrimination à mes yeux.⁷⁴

Cela dit, le Comité pense qu'il est important de bien comprendre ce qu'on entend par stigmatisation. Bien qu'on ne trouve dans les études pertinentes aucune définition généralement acceptée pour exprimer tous les aspects de ce phénomène complexe,⁷⁵ la stigmatisation a déjà été définie comme un signe de rejet ou de discrédit, qui met une personne dans une catégorie différente des autres⁷⁶, et comme des stéréotypes donnant une image négative d'un groupe.⁷⁷ Selon M^{me} Bronwyn Shoush, membre du Conseil d'administration de l'Institut de la santé des Autochtones, qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada :

... la stigmatisation peut être comparée à un voile couvrant le visage d'une personne et empêchant les gens de se concentrer sur elle. Nous devons trouver un moyen de lever ce voile, de regarder la personne et de ne pas voir seulement ses différences.⁷⁸

Les témoins sont généralement convenus que la stigmatisation est une question d'attitude, tandis que, comme l'a dit M^{me} Stuart, « l'action est la discrimination »⁷⁹. Selon le D^r Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie à l'Université Queen's :

... la discrimination existe, mais c'est bien différent de la stigmatisation. La stigmatisation se définit comme notre attitude par rapport à des groupes particuliers. La discrimination est un déni de droits juridiques auxquels nous devrions tous avoir accès.⁸⁰

⁷⁴ Deuxième session, 16:3.

⁷⁵ Bruce G. Link et Jo C. Phelan, « On Stigma and its Public Health Implications, 2 Background Paper, National Institute of Health Stigma Conference.

⁷⁶ Peter Byrne, « Stigma of mental illness and ways of diminishing it, » *Advances in Psychiatric Treatment* (2000) Vol. 6, p. 65.

⁷⁷ Patrick Corrigan et Robert Lundin, *Don't Call Me Nuts*, Recovery Press, 2001.

⁷⁸ Deuxième session, 16:10.

⁷⁹ Deuxième session, 15:27.

⁸⁰ Deuxième session, 11:70.

Des chercheurs affirment que le lien entre stigmatisation et discrimination englobe un certain nombre d'éléments chevauchants qui s'intègrent pour former une chaîne ininterrompue débutant par l'élaboration de stéréotypes négatifs et aboutissant à un comportement discriminatoire envers les personnes atteintes de maladie mentale. Il existe à leur avis trois maillons essentiels dans cette chaîne :

1. croire aux étiquettes ou stéréotypes;
2. développer des préjugés;
3. se comporter de manière discriminatoire.

Les chercheurs font également une distinction entre la stigmatisation publique (manière dont le public en général réagit à un groupe en fonction de sa stigmatisation) et l'autostigmatisation (réactions que les individus s'infligent à eux-mêmes parce qu'ils font partie d'un groupe stigmatisé).⁸¹ On trouvera dans le tableau ci-après un aperçu des trois éléments inhérents au processus de stigmatisation des personnes souffrant de trouble mental.

TROIS NIVEAUX DE STRUCTURES PSYCHOLOGIQUES CONSTITUANT LA STIGMATISATION PUBLIQUE ET L'AUTOSTIGMATISATION

	Stigmatisation Publique	Autostigmatisation
<i>Stéréotype:</i>	Opinion négative à propos d'un groupe, p. ex. violence, incompetence, faiblesse de caractère	Opinion négative à propos de soi, p.ex. faiblesse de caractère, incompetence
<i>Préjugé:</i>	Acquiescement avec l'opinion et/ou réaction émotionnelle négative, p.ex. colère, peur	Acquiescement avec l'opinion et réaction émotionnelle négative, p.ex. faible estime de soi, faible efficacité
<i>Discrimination : réponse comportementale au préjugé</i>	Par exemple, ne pas explorer les possibilités d'emploi et de logement	Par exemple, de ne pas explorer les possibilités d'emploi ou de logement

Source : Amy C. Watson et Patrick W. Corrigan, « The Impact of Stigma on Service Access and Participation, » ligne directrice établie pour le Behavioural Health Management Project.

Les stéréotypes sont un facteur clé de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes atteintes de maladie mentale. Stéréotyper les gens consiste à se fonder sur certaines images que l'on en a pour les cantonner dans des catégories précises et exagérer leurs différences par rapport à divers groupes⁸² (distinguo « eux et nous »). Comme dans le cas des préjugés raciaux, les stéréotypes facilitent la mise à l'écart des personnes concernées, ce qui permet à celui qui stigmatise de maintenir l'écart social. C'est ce phénomène qui a amené M^{me} Hall à faire cette déclaration devant le Comité :

⁸¹ Amy C. Watson et Patrick W. Corrigan, « The Impact of Stigma on Service Access and Participation, » ligne directrice formulée pour le Behavioural Health Management Project.

⁸² Byrne (2000), *op. cit.*

... en tant que défenderesse de la santé mentale, je peux vous affirmer que neuf personnes sur dix nous ont affirmé qu'une fois que leur diagnostic était connu et accepté par elles, les gens les traitaient systématiquement de façon différente.⁸³

Les stéréotypes qui stigmatisent peuvent avoir une force telle que les personnes stigmatisées sont assimilées au stéréotype. Par exemple, certains disent qu'une personne est épileptique ou schizophrène, plutôt que de dire qu'elle est atteinte ou qu'elle souffre d'épilepsie ou de schizophrénie. Cela est révélateur de l'attitude concernant les maladies mentales, parce qu'elles sont différentes des autres. Par exemple, on dit que quelqu'un a le cancer, une maladie cardiaque ou la grippe – c'est une personne comme « nous », mais qui a simplement la malchance d'être gravement malade. Par contre, on dit d'un autre qu'il est « schizophrène », ce qui stigmatise l'individu dans tout son être⁸⁴, comme l'a déclaré M^{me} Pat Capponi au Comité :

Pour beaucoup, un patient psychiatrique reste un patient psychiatrique. Catégorisés comme tels, nous n'avons pas le droit d'être des êtres humains à part entière, ni d'avoir des personnalités de base, comme celles du reste de la population — bonnes, mauvaises, et tout ce qui existe entre les deux. Une personne schizophrène est une personne schizophrène, et chaque acte qu'elle pose est attribué à sa maladie et non à la nature sous-jacente de la personne ou de ses circonstances. Une personne qui est amère et en colère, qui est dépendante du crack ou qui est autrement toxicomane commet un acte terrible et des centaines de voix s'élèvent contre tous ceux qui portent la même étiquette.⁸⁵

On trouve dans les études pertinentes un certain nombre de stéréotypes répandus au sujet des personnes ayant une maladie mentale grave, par exemple :

1. Elles sont dangereuses et il faut les éviter.
2. Elles sont responsables de leurs propres problèmes et de leur maladie qui découlent de leur faiblesse de caractère.
3. Elles sont incompétentes ou irresponsables et il faut que quelqu'un d'autre prenne leurs décisions pour elles.
4. Elles sont infantiles et ont besoin de figures parentales pour s'occuper d'elles.
5. Elles ont fort peu de chance de guérir de leur maladie mentale.
6. Elles ont des problèmes d'interaction sociale : il n'est pas facile de leur parler et elles ne savent pas se comporter en société.

⁸³ Deuxième session, 16:16.

⁸⁴ Link et Phelan, *op. cit.* Voir aussi Keith Brunton, « Stigma, » *Journal of Advanced Nursing*, n° 26, 1997.

⁸⁵ Troisième session, 7:49.

7. Elles ne sont pas aussi intelligentes que les autres.

Toutefois, une étude scientifique très récente (juin 2004) effectuée à Houston, au Texas, sur la manière dont la maladie mentale est perçue par le public (c'était la première étude de ce genre effectuée dans une grande ville)⁸⁶ a produit quelques résultats intéressants et encourageants qui, pense son auteur, reflètent l'attitude générale de la population aux États-Unis. Ainsi :

Les données révèlent qu'une majorité écrasante de la population considère que la maladie mentale est essentiellement un trouble d'ordre physiologique qu'il convient de traiter comme n'importe quelle autre maladie physique. Seule une infime minorité continue de croire que la maladie mentale peut être attribuée à un quelconque défaut de caractère à valeur morale.⁸⁷

De plus, plus de la moitié des résidents du Harris County (56 p. 100 contre 31 p. 100) croient que la plupart des personnes traitées pour une maladie mentale sont capables de mener une vie normale. Une pluralité notable (47 p. 100) n'aurait aucune inquiétude en découvrant qu'une personne traitée pour maladie mentale vit dans le même quartier, et une majorité (51 p. 100 contre 42 p. 100) serait prête à payer des impôts plus élevés pour améliorer l'accès aux services de santé mentale dans la région de Houston.⁸⁸

3.2.1 L'autostigmatisation

L'autostigmatisation est assez facile à définir. Elle revient simplement à intérioriser les attitudes négatives concernant la maladie mentale et à les retourner contre soi. Les personnes souffrant de maladie mentale qui croient que les autres méprisent et rejettent ceux et celles qui sont dans leur situation sont particulièrement susceptibles de craindre que ce rejet s'applique à leur cas personnel. Elles risquent de se demander : « Les autres auront-ils une mauvaise opinion de moi et vont-ils me rejeter parce que je suis identifiée comme personne ayant une maladie mentale ? » Dans la mesure où cette perception finit par faire partie intégrante de leur vision du monde, elle risque d'avoir de graves conséquences. S'attendant au rejet et le redoutant même, les personnes hospitalisées pour une maladie mentale risquent d'avoir moins confiance en elles-mêmes, d'être plus sur la défensive ou, tout simplement, d'éviter tout contact menaçant.⁸⁹

⁸⁶ *Public Perceptions of Mental Illness: A report to the Mental Health Association of Greater Houston* by Stephen L. Klineberg, Ph.d., Rice University (juin 2004).

⁸⁷ *Ibid.*, p. 27.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 28.

⁸⁹ Bruce G. Link, Elmer L. Struening, Sheree Neese-Todd, Sara Asmussen, Jo C. Phelan, « The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses, » *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 12, décembre 2001.

L'autostigmatisation prend la forme d'énoncés dits « définissants » du genre :⁹⁰

- *Je suis incapable de me débrouiller seul.*
- *Je suis dangereux et je pourrais craquer à tout moment.*
- *Je ne suis comme un enfant.*
- *Je ne peux assumer aucune responsabilité.*
- *Il ne me faut pas me donner d'argent, je le gaspillerais.*
- *Je suis une mauvaise personne.*
- *Qui voudrait bien vivre auprès d'une personne comme moi?*
- *Tout le monde peut facilement voir que je suis anormal.*
- *Je ne mérite pas qu'on me consacre temps et ressources.*
- *Je suis une personne faible.*
- *Je suis incapable de...*

L'autostigmatisation a une incidence profonde et délétère sur la personne vivant avec une maladie mentale et cet effet peut aggraver l'évolution de sa maladie. Ceux qui s'autostigmatisent sont susceptibles de faire face à plus de problèmes et de handicaps avec leur maladie mentale que ceux qui n'intériorisent pas des énoncés de ce genre. Cela s'explique notamment par le fait que les personnes qui s'autostigmatisent ont une faible estime de soi, facteur qui engendre une perte d'espoir. Elles ne pensent pas seulement qu'elles ne méritent aucun respect dans l'immédiat, elles croient que les choses ne changeront pas⁹¹. M^{me} Rena Scheffer, directrice des Services d'éducation publique et d'information du Centre de toxicomanie et de santé mentale, s'est exprimée ainsi à ce sujet devant le Comité :

Au niveau individuel, non seulement la stigmatisation mène à une faible estime de soi, à l'isolement et au désespoir, mais il a été établi que toutes ces caractéristiques sont des indicateurs prévisionnels de faible adaptation sociale, tandis que les gens se retrouvent dans le cycle immuable d'une qualité de vie moindre.⁹²

Ceux dont l'efficacité est réduite à cause de l'autostigmatisation sont moins susceptibles de chercher un emploi ou un appartement (« Quelqu'un comme moi qui est aux prises avec une maladie mentale ne peut occuper un emploi régulier! »)⁹³. D'autres personnes atteintes de maladie mentale essaient d'échapper à la discrimination en dissimulant simplement leur maladie. Toutefois, en agissant ainsi, elles s'exposent à un stress accru, à cause de la crainte permanente d'être découvertes, au risque d'aggraver leur maladie mentale en ayant tendance à ne pas prendre pour elles le temps dont elles auraient besoin, et à l'impossibilité d'obtenir un logement adapté à leur handicap qui pourrait pourtant faciliter leur vie professionnelle et leur rendre la vie plus agréable.

⁹⁰ Corrigan et Lundin, *op. cit.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Deuxième session, 16:20.

⁹³ Watson et Corrigan, *op. cit.*

L'autostigmatisation est également l'un des facteurs qui contribue au fait que de nombreuses personnes souffrant d'un trouble mental diagnosticable ne cherchent pas de traitement. Quand une personne craint d'être identifiée comme souffrant d'un trouble stigmatisant, elle risque de tarder à chercher un traitement, voire de l'éviter. Selon M^{me} Scheffer :

On estime que les deux tiers des gens nécessitant un traitement en santé mentale ne cherchent pas d'aide, principalement parce qu'ils sont soit inconscients des symptômes ou victimes de la stigmatisation associée à la maladie ou à son traitement.⁹⁴

Le D^r Richard Brière, directeur adjoint de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada, a proposé au Comité l'analogie suivante :

Bien souvent, les gens qui ont besoin d'aide ne vont pas en chercher, car ils ont honte de ce qui leur arrive. Si l'on peut atténuer la stigmatisation liée à la maladie mentale, les gens se vanteront de s'en être sortis, tout comme les personnes atteintes de troubles cardiaques se vantent d'avoir subi avec succès un pontage. S'ils n'hésitent pas à en parler à leurs amis, bien des gens cachent leur problème de santé mentale.⁹⁵

Les familles des personnes souffrant d'un trouble mental peuvent, elles aussi, intérioriser la crainte de la stigmatisation, ce qui peut avoir de graves conséquences. Dans le mémoire qu'elle a adressé au Comité, M^{me} Stuart évoque le cas d'une jeune fille dont la maladie mentale s'aggravait et dont la mère avait, au départ, évité de chercher un traitement par crainte que sa fille ne soit qualifiée de « folle » par le personnel médical. La police a finalement dû intervenir lorsque l'aggravation de la maladie de la fille a dégénéré en crise.⁹⁶

La stigmatisation n'est pas un phénomène nouveau. De fait, la stigmatisation des personnes atteintes de trouble mental remonte aux débuts de l'humanité.⁹⁷ Dans son mémoire au Comité, M^{me} Scheffer a évoqué le célèbre sociologue Erving Goffman, qui a fait remarquer que le mot stigmaté, en grec ancien, servait à décrire les signes corporels appliqués sur un sujet pour exposer quelque chose d'étrange et de mauvais le concernant.⁹⁸ Certes, la mythologie qui contribue à la stigmatisation des personnes souffrant d'une maladie mentale a incontestablement évolué au cours des siècles, mais il est frappant de voir dans quelle mesure le terme décrit toujours une situation dans laquelle la personne stigmatisée est mise à l'écart (et dévalorisée) à cause de certains traits comportementaux ou physiques.

De manière générale, considérant l'importance du phénomène de la stigmatisation, le Comité partage l'opinion de M. John Arnett, chef du Département de psychologie clinique de la

⁹⁴ Deuxième session, 16:19.

⁹⁵ Troisième session, 6:55.

⁹⁶ Mémoire au Comité, 14 mai 2003, p. 3.

⁹⁷ *Mental Health: A Report of the Surgeon General* des États-Unis, 1999. Voir aussi Paul E. Garfinkel et David S. Goldbloom, "Mental health — getting beyond stigma and categories," *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2000.

⁹⁸ Mémoire au Comité, 14 mai 2003, p. 3.

Faculté de médecine de l'Université du Manitoba, qui soutient que le processus même de stigmatisation a des conséquences réelles et profondes sur les personnes vivant avec une maladie mentale. Voici comment il s'est exprimé à ce sujet devant le Comité :

Nous savons que la stigmatisation se caractérise par les préjugés, la méfiance, les stéréotypes, et cetera. L'accès des individus au logement et à l'emploi est fréquemment réduit, ce qui débouche sur une faible estime de soi, sur l'isolement et le désespoir. Il est évident que ce phénomène se produit dans plusieurs cas indépendamment des limitations qu'imposent en eux-mêmes les troubles de santé mentale. En d'autres termes, la stigmatisation semble avoir le pouvoir indépendant de créer de telles situations.⁹⁹

3.2.2 Le rôle des médias et l'apposition de l'épithète « dangereuse » aux personnes souffrant d'un trouble mental

L'un des facteurs que l'on mentionne souvent pour expliquer la persistance de la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble mental est le rôle des médias. Un tiers environ de la population affirme que les médias — presse écrite, radio, télévision, nouvelles sur Internet, dispensateurs de conseils, industrie du spectacle et publicité — constituent leur principale source d'information au sujet des personnes ayant une maladie mentale.¹⁰⁰ Hélas, les médias ont souvent tendance à renforcer les mythes et les stéréotypes au sujet de ces personnes. L'analyse de la représentation de la maladie mentale au cinéma et dans la presse écrite montre notamment que deux des stéréotypes sont répandus par ces sources : les personnes ayant une maladie mentale sont des maniaques meurtriers qu'il faut craindre et des personnes infantiles qui doivent être protégées par des figures parentales.¹⁰¹

Des analyses de contenu de la télévision américaine ont montré que plus de 70 p. 100 des principaux personnages ayant une maladie mentale dans les émissions télévisées de grande écoute sont présentés comme des personnes violentes et plus de 20 p. 100 comme des assassins.¹⁰² La presse écrite décrit habituellement les personnes ayant une maladie mentale comme des psychotiques dangereux, sans emploi et sans logement — et pas comme des membres productifs d'une famille ou d'une communauté. Des études similaires de journaux au Canada et en Grande-Bretagne font ressortir que l'on trouve de manière plus fréquente et plus visible des articles traitant d'actes violents commis par des personnes atteintes d'un trouble mental que des articles présentant ces personnes sous un angle positif.¹⁰³

Le conditionnement négatif à l'égard des personnes ayant un trouble mental, conditionnement qui favorise la stigmatisation, peut débiter dès l'enfance. La première étude

⁹⁹ Deuxième session, 16:7.

¹⁰⁰ *Discrimination Against People with Mental Illnesses and their Families: Changing Attitudes, Opening Minds*, rapport du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale, C.-B., avril 2002.

¹⁰¹ Corrigan et Lundin, *op. cit.*

¹⁰² Sampson, Stephanie "Countering the Stigma of Mental Illness", bulletin électronique de la Anxiety Disorders Association of America (ADAA), mai-juin 2002, consulté le 11 mars 2004 à http://www.adaa.org/aboutADAA/newsletter/2002_stigmatisation.htm.

¹⁰³ Scott Simmie, *The Last Taboo* (Toronto: McClelland & Stewart, 2001), p. 304.

consacrée aux émissions de télévision pour enfants en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, publiée en 2000, conclut que l'utilisation fréquente et banale de termes foncièrement méprisants (comme fou, dingue, mental, délirant, dément ou givré), montre aux enfants que ces termes sont acceptables, voire amusants.¹⁰⁴ Les auteurs de cette étude ont cherché attentivement, mais sans succès, des qualificatifs positifs quelconques associés aux personnages présentés comme ayant une maladie mentale, et ils n'ont trouvé aucune compréhension des souffrances associées à la maladie mentale.

Parmi les stéréotypes que l'on trouve régulièrement dans les médias en ce qui concerne les personnes ayant une maladie mentale, mentionnons : esprit rebelle; séductrice violente; parasite narcissique; scientifique fou; manipulateur vicieux; femme perdue et déprimée; personnage comique.¹⁰⁵ Dans la plupart des cas, ces personnes n'ont, dans leur représentation médiatique, aucune identité autre que leur stéréotype « fou » et elles sont essentiellement identifiées par une maladie mentale sous-entendue.

On trouve, au cœur des comptes rendus médiatiques et des idées fausses qu'entretient le public, la propension à la violence qu'on attribue aux personnes atteintes de trouble mental. Ainsi, 88 p. 100 des participants à une étude menée par la Division de l'Ontario de l'Association canadienne pour la santé mentale, au début des années 90, croyaient que les personnes atteintes de maladie mentale sont dangereuses ou violentes.¹⁰⁶ Il s'agit là d'un problème non seulement persistant mais aussi qui semble empirer avec le temps. Aux États-Unis, les attitudes concernant la maladie mentale semblent être de plus en plus fondées sur une crainte de violence associée à ce type de maladie. Entre 1950 et 1996, par exemple, la proportion d'Américains décrivant les maladies mentales dans des termes associés à un comportement violent ou dangereux a presque doublé.¹⁰⁷

Selon le U.S. Surgeon General, cette attribution d'une propension à la violence chez les personnes atteintes de maladie mentale est un facteur clé pour expliquer la pérennité des attitudes de stigmatisation :

Pourquoi la stigmatisation reste-t-elle aussi forte, malgré une meilleure compréhension de la maladie mentale par le public? La réponse semble être la peur de la violence : les personnes atteintes de maladie mentale, notamment de maladie psychotique, sont perçues comme étant plus violentes qu'autrefois.¹⁰⁸

Il importe de souligner que cette peur de la violence procède en grande mesure d'une interprétation erronée de la réalité. Selon une étude commandée par Santé Canada, « il n'a

¹⁰⁴ Wilson, Claire, Raymond Nairn, John Coverdale et Aroha Panapa, « How Mental Illness is Portrayed in Children's Television » *British Journal of Psychiatry* (2000) 176, p. 442.

¹⁰⁵ Dara Roth Edney, « Mass Media and Mental Illness: A Literature Review » (Association canadienne pour la santé mentale, Section de l'Ontario, 2004) p. 3.

¹⁰⁶ Scott Simmie *Out of Mind: An Investigation Into Mental Health* (Toronto, Atkinson Charitable Foundation, 1999) p. 65.

¹⁰⁷ Sampson, *op. cit.*

¹⁰⁸ Surgeon General, *ibid.*

jamais été scientifiquement démontré, jusqu'ici, que la santé mentale cause la violence ». ¹⁰⁹ Selon certaines études américaines, tout au plus 4 p. 100 de tous les actes violents ont un lien quelconque avec la maladie mentale. ¹¹⁰ Cela semble au minimum indiquer très fortement que les craintes du public sont essentiellement non fondées, même si elles sont manifestement très répandues.

Cela dit, certaines données portent à croire que les personnes qui ne reçoivent pas de traitement pour leur maladie mentale, ou qui souffrent de troubles multiples (par exemple, les personnes atteintes de maladie mentale et ayant un problème d'abus de substances), sont plus susceptibles d'être violentes que l'ensemble de la population. Malgré cela, le risque de violence ou de tort causé à un étranger suite à un contact occasionnel avec une personne atteinte de trouble mental reste très minime, et la contribution globale des maladies mentales au niveau total de violence dans la société est exceptionnellement petite. ¹¹¹ De ce fait, selon M^{me} Scheffer : « En tant qu'indicateur prévisionnel de violence, la maladie mentale se retrouve bien avant, et de loin, d'autres facteurs de risque tels que l'âge, le sexe et les antécédents de violence ou d'abus de substance. ¹¹² »

Et, comme l'a dit M^{me} Hall :

... Une chose triste est qu'en fait les gens souffrant d'une maladie mentale sont davantage susceptibles de se nuire à eux-mêmes. Dans ma province, une personne par jour se suicide. Même si la réalité est que les malades mentaux sont davantage susceptibles de se faire du mal à eux-mêmes, le public croit qu'ils représentent en fait un danger pour les autres, ce qui n'est simplement pas la réalité normative ¹¹³...

M^{me} Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation du Centre de toxicomanie et de santé mentale s'est adressée en ces termes au Comité :

L'une des difficultés de déplacer la discussion portant sur l'association entre les gens qui se trouvent dans le système de santé mentale et la violence réside dans le raisonnement circulaire qui en découle. Si un crime particulièrement violent est commis, les gens disent: « Oh, cette personne est malade, psychotique, bizarre », si bien qu'il n'y a aucun moyen de sortir du débat, même si elle n'était pas considérée comme souffrant d'un trouble mental ou émotionnel particulier avant de commettre l'acte. ¹¹⁴

L'influence des médias peut être énorme, à la fois pour le grand public et pour les personnes atteintes de maladie mentale. Selon une étude britannique, plus de 20 p. 100 des personnes interrogées étaient plus disposées à accepter la représentation médiatique des personnes

¹⁰⁹ Julio Arboleda-Florez, Heather L. Holley, et Annette Crisanti : *Maladie mentale et violence : Un lien démontré ou un stéréotype?* Santé Canada, 1996, p. x.

¹¹⁰ Simmie, *op. cit.*, p. 49.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² Deuxième session, 16:21.

¹¹³ Deuxième session, 16:16.

¹¹⁴ Deuxième session, 15:14.

atteintes de maladie mentale comme étant des personnes portées à la violence qu'à croire la réalité que leur communiquait leur propre interaction avec ces personnes. On trouve dans cette étude l'exemple d'une jeune femme habitant près d'un hôpital psychiatrique de la région de Glasgow, en Écosse, qui a depuis fermé ses portes. Elle y avait travaillé comme bénévole et avait donc eu de nombreux contacts avec les patients. Voici ce qu'elle a dit aux auteurs de l'étude :

Les gens que je rencontrais n'étaient pas violents — si je pense qu'ils sont violents, cela vient de la télévision, du théâtre et d'autres choses. C'est ça qui est bizarre — les patients étaient généralement des patients gériatriques — ce n'était pas les gens qu'on voit à la télévision. Tous n'étaient pas vieux, certains étaient relativement jeunes. Aucun n'était violent — mais je me souviens que j'en avais peur, parce que c'était dans un hôpital psychiatrique — ce n'est sans doute pas une bonne attitude à avoir mais c'est comme cela que les choses sont communiquées par la télévision et le cinéma — vous savez, les meurtres commis à la hache par des malades mentaux, les pièces de théâtre, des choses comme ça — les gens que j'ai rencontrés n'étaient pas du tout comme ça mais c'est l'image que j'en avais.¹¹⁵

Les auteurs de cette étude ont conclu que l'effet négatif le plus puissant semble porter sur l'autostigmatisation. Comme l'a dit une personne interrogée : « On voit une émission qui donne une image très négative de qui nous sommes et on se demande ensuite : « Qu'est-ce que mes voisins vont en penser? »¹¹⁶

3.2.3 La stigmatisation des professionnels des soins en santé mentale

Ce ne sont pas seulement les personnes atteintes de trouble mental qui souffrent des idées fausses répandues par les médias, ce sont aussi les responsables des soins en santé mentale. Selon une étude, trois films seulement depuis le milieu des années 60 ont donné une image favorable des thérapeutes (*Will Hunting*, 1997; *Des gens comme les autres*, 1980; et *Jamais je ne t'ai promis un jardin de roses*, 1977). Dans tous les autres cas, les professionnels de la santé mentale étaient présentés de l'une ou plusieurs des manières suivantes : personne névrotique, incapable de respecter les limites professionnelles, abusant de drogue ou d'alcool, rigide, contrôlante, inefficace, souffrant elle-même de trouble mental, ridicule, froide, égoïste, ayant des objectifs cachés, facile à tromper et à manipuler, stupide et idiot.¹¹⁷ De telles images ont tendance à donner l'idée qu'aider les autres est une vocation méprisable, exigeant peu de compétence ou d'expertise.

De nombreux témoins ont indiqué que la stigmatisation vise à la fois les personnes qui dispensent les soins et les personnes atteintes de trouble mental. La D^{re} Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire de l'Association médicale canadienne, a dit au Comité :

¹¹⁵ Greg Philo, « Changing Images of Mental Distress », chapitre 4 de *Media And Mental Distress*, révisé par Greg Philo (Longman: 1996), consulté à <http://www.gla.ac.uk/Acad/Sociology/mental.htm> le 11 mars 2004.

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 5.

« J'entends régulièrement des blagues sur nous, qui ne serions pas de véritables médecins! Et cela n'a rien à voir avec ce que je fais dans ma pratique; c'est dû au fait que le type de maladie que je soigne est stigmatisé et fait l'objet de discrimination. » Selon le D^r Rémi Quirion, directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies :

Les psychiatres sont toujours stigmatisés par rapport aux autres médecins. La psychiatrie est encore souvent considérée comme un art plutôt qu'une science. Il faut que cela change. Il faut veiller à inciter les étudiants à s'orienter vers la psychiatrie.¹¹⁸

Selon M^{me} Manon Desjardins, chef de l'administration clinique de la Division des services ultraspécialisés pour adultes, de l'hôpital Douglas, recruter des étudiants en psychiatrie reste difficile :

Dans les universités, c'est encore beaucoup plus prestigieux d'aller en soins cardiaques, en chirurgie, en soins intensifs que d'aller en psychiatrie et en gériatrie. La gériatrie et la psychiatrie se situent à peu près au même niveau: ce n'est pas très attirant.¹¹⁹

M^{me} Maggie Gibson, psychologue du Saint-Joseph's Health Center à London, a également souligné que la stigmatisation des personnes atteintes de trouble mental affecte tous les professionnels de la santé mentale :

À propos du stress de la famille et des personnes soignantes, je veux vous parler de la question des stigmates, en particulier du stigmatisme de négligence associé à l'utilisation des services de soins de longue durée. Nous bénéficierions grandement d'un changement de culture allant dans le sens d'une approche plus pragmatique et plus axée sur la compassion et pragmatique afin de recenser les meilleures options de soins pour les personnes âgées et les membres de leurs familles et faire en sorte que tout le monde puisse effectivement dépendre du système. En effet, les systèmes qui autorisent une relative dépendance sans dévaluer les gens contribuent à améliorer énormément la santé mentale.¹²⁰

3.3 IMPACT DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

Comme nous l'avons déjà mentionné, la stigmatisation et la discrimination auxquelles font face bon nombre de personnes atteintes d'un trouble mental grave peuvent être une source de détresse aussi importante que la maladie elle-même. Comme l'a expliqué M^{me} Stuart :

¹¹⁸ Deuxième session, 14:29.

¹¹⁹ Deuxième session, 14:124.

¹²⁰ Deuxième session, 17:15.

Dans le contexte de la santé mentale, les consommateurs décriront la stigmatisation comme étant pire qu'avoir une maladie mentale. Elle est perçue comme une seconde dimension de la souffrance, quasiment un second niveau de maladie auquel il faut faire face et qui est plus débilisant et invalidant que la maladie mentale dont ils souffrent. Vous pouvez parfaitement imaginer certaines des conséquences de la stigmatisation. On vous refuse un statut social ainsi que des droits sociaux. Vous faites l'objet d'une discrimination active. Nous devons cibler la discrimination.¹²¹

L'insistance avec laquelle elle a souligné la nécessité de faire face à la discrimination qui est le résultat concret de la stigmatisation est un thème qui est revenu souvent durant les travaux du Comité. Ainsi, M. Patrick Storey, président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale, de la Colombie-Britannique, estime que :

... nous devons reconnaître la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille comme étant tout aussi inacceptable que les autres formes de discrimination. Nous devons consacrer la même énergie à son éradication que nous en consacrons à l'élimination des autres formes de discrimination.¹²²

Dans la même veine, M. John Service, directeur exécutif de la Société canadienne de psychologie, a parlé au Comité d'un discours qu'il avait entendu, prononcé par « un certain Kennedy, jeune membre du Congrès pour le Rhode Island »¹²³ :

Il avait conceptualisé la discrimination à l'endroit des personnes souffrant de maladie mentale aux États-Unis en l'associant à la discrimination dont étaient victimes les Noirs et les femmes dans les années 50 et 60. Il avait dit que c'était la même systémique et qu'il était possible de corriger cela de la même façon. Pour éliminer cette discrimination systémique, il suffit selon lui de faire ce qui produit déjà des résultats probants en matière de discrimination, par exemple investir abondamment pour adapter le système et faire de l'action positive.¹²⁴

La discrimination peut affecter de nombreuses manières différentes les personnes atteintes de trouble mental. Celles-ci sont régulièrement exclues de la vie sociale et peuvent même être privées de certains droits civils que tout le monde tient pour acquis. On les prive souvent de certains droits fondamentaux reliés notamment au logement, à l'emploi, au revenu, à l'assurance, à l'enseignement supérieur, à la justice pénale et aux fonctions parentales.¹²⁵ Les personnes atteintes de maladie mentale peuvent aussi être confrontées au rejet et à la

¹²¹ Deuxième session, 15:10.

¹²² Deuxième session, 15:6.

¹²³ M. Service parle ici de Patrick Kennedy, le cadet des trois enfants du sénateur Edward M. Kennedy, qui représente au Congrès le Premier district du Rhode Island depuis 1994.

¹²⁴ Troisième session, 5:38.

¹²⁵ Rapport de la C.-B., *op. cit.*

discrimination de la part des professionnels de la santé, aussi bien du secteur de la santé mentale que du secteur de la santé physique, ainsi que de la part des décideurs publics et des médias.

Les professeurs Bruce Link et Jo Phelan, de l'Université Columbia, ont proposé un classement utile de ces différentes formes de discrimination en deux grandes catégories : discrimination directe et discrimination structurelle.¹²⁶ Dans son témoignage, M^{me} Stuart a proposé une distinction similaire entre discrimination ouverte et « actes d'omission » :

Le fait que vous pouvez négliger de faire quelque chose simplement parce que vous pensez que ce n'est pas important est plus insidieux est. Vous pouvez avoir une attitude négative ou mettre quelque chose en veilleuse. J'aime penser qu'il y a autant, voire plus de tort causé par ces actes omis, à chaque niveau de la politique ou à chaque palier de gouvernement. Nous pouvons cibler la discrimination déclarée et il y a assurément d'énormes problèmes là, mais j'aimerais voir cela aller encore plus loin. J'aimerais que l'on se penche également sur les actes d'omission. Si nous pouvions arriver au stigmaté et aux attitudes qui sous-tendent ces deux choses, nous serions peut-être dans une meilleure position. Je reconnais que cela est difficile à faire. Parfois, il est plus facile de se pencher sur les actions.¹²⁷

3.3.1 La discrimination directe

La discrimination directe désigne la manière habituelle de conceptualiser le lien entre les stéréotypes et la discrimination. Il s'agit d'un comportement discriminatoire direct de la part de la personne dont les opinions sont stéréotypées. Elle se manifeste de la manière la plus évidente lorsqu'une personne occupant un poste de pouvoir interdit l'accès à une opportunité¹²⁸, par exemple quand un propriétaire refuse de louer un appartement à quelqu'un qui a été en hôpital psychiatrique, ou lorsqu'un employeur refuse d'accorder une entrevue d'emploi à quelqu'un qui n'a pas travaillé récemment à cause d'une maladie mentale.

Des études ont montré que cette forme de discrimination se manifeste assez régulièrement dans la vie des personnes stigmatisées. Par exemple, lors d'une enquête canadienne menée auprès de personnes atteintes de maladie mentale, la moitié d'entre elles ont affirmé que c'est sur le plan du logement qu'elles souffrent le plus de discrimination. D'autres études ont montré que le fait qu'une personne ait été patiente dans un établissement de soins psychiatriques réduit sensiblement ses chances de parvenir à louer un appartement.¹²⁹

Les personnes souffrant de maladie mentale font encore souvent l'objet de discrimination dans le monde du travail, autant de la part des employeurs que des collègues. Des enquêtes ont révélé que les employeurs et les travailleurs pensent toujours qu'il est parfaitement

¹²⁶ Link et Phelan, *op. cit.*

¹²⁷ Deuxième session, 15:27.

¹²⁸ Corrigan et Lundin, *op. cit.*

¹²⁹ Rapport de la C.-B., *op. cit.*

légitime de se méfier des personnes souffrant de maladie mentale et de les traiter de manière discriminatoire. En conséquence, les personnes souffrant de maladie mentale grave, comme la schizophrénie et les troubles correspondants, sont celles qui connaissent les taux de chômage et de sous-emploi les plus élevés, autour de 90 p. 100, parmi toutes les personnes handicapées.¹³⁰

Un certain nombre d'enquêtes ont uniformément montré qu'une proportion allant du tiers à la moitié des personnes atteintes de maladie mentale disent s'être vu refuser un emploi pour lequel elles étaient qualifiées après avoir révélé leur maladie, ou avoir été congédiées ou avoir été obligées de démissionner à cause de leur maladie mentale. Chose étonnante, les chiffres ne sont pas de beaucoup inférieurs en ce qui concerne l'emploi des personnes atteintes de maladie mentale travaillant pour des établissements de santé mentale ou exerçant bénévolement des fonctions à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la maladie mentale.¹³¹

Les familles des personnes atteintes de maladie mentale ne doivent pas seulement faire face à des facteurs de stress d'ordre financier, pratique et émotif mais aussi à une sorte de « discrimination par association ». Elles sont confrontées à des relations tendues avec les autres membres de la famille ou avec les amis, et à des phénomènes de peur, de violence, d'anxiété, de conflit, de faible estime de soi et de culpabilité. La discrimination contre les membres de la famille émane souvent d'idées fausses quant au rôle de la famille dans les causes de la maladie mentale.¹³²

3.3.1.1 Discrimination dans le système de soins de santé

De nombreux témoins ont souligné l'importance de s'attaquer à la discrimination dont font l'objet les personnes atteintes de trouble mental dans le système de soins de santé lui-même. Bon nombre d'études, canadiennes et internationales, ont montré que les professionnels de la santé mentale et les professionnels de la santé en général peuvent être à l'origine d'attitudes et de comportements discriminatoires envers leurs propres clients. Les personnes atteintes de maladie mentale soulignent fréquemment que l'on ne tient pas compte de leur opinion, qu'on ne leur témoigne aucun respect, et que les travailleurs de la santé mentale ont tendance à se concentrer uniquement sur les questions cliniques reliées aux soins, à l'exclusion des questions sociales. Des études ont montré qu'une des plaintes les plus fréquentes des personnes atteintes de maladie mentale est le manque de respect de la part des médecins et des employés des salles d'urgence.¹³³

Ce phénomène est assez troublant, comme l'a dit Mme Stuart :

*Pourquoi les travailleurs de la santé font-ils tant de stigmatisation? Ils figurent parmi les personnes les plus informées sur la maladie mentale dans notre société. On les identifie invariablement comme les gens qui sont les pires contrevenants.*¹³⁴

¹³⁰ Voir le chapitre 6.

¹³¹ Rapport de la C.-B., *op. cit.*

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Deuxième session, 15:24.

D'autres témoins ont confirmé que ce problème est très répandu. Ainsi, a dit M. Storey devant le Comité :

Au cours des discussions que nous avons eues avec des personnes souffrant de maladie mentale, ce qui était remarquable c'est qu'elles avaient toutes à raconter des histoires de mauvais traitement dans les salles d'urgence, ainsi que dans les hôpitaux en général. Même lorsqu'elles émettaient des plaintes de nature physique, elles étaient traitées comme des malades mentales.¹³⁵

Le D^r Jim Millar, directeur exécutif de la Santé mentale et des services fournis par les médecins au ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, a également indiqué au Comité que les salles d'urgence des hôpitaux sont des lieux où se manifeste la discrimination :

On n'a qu'à se rendre dans une salle d'urgence pour constater la stigmatisation exercée par les fournisseurs de soins de santé. Les clients en santé mentale sont ceux qui attendent le plus longtemps, dont on viole la vie privée et dont les inquiétudes ne sont pas traitées de manière appropriée.¹³⁶

Cette discrimination apparemment généralisée au sein du système de santé a de nombreuses conséquences négatives pour les personnes ayant besoin d'aide. Ainsi, M^{me} Pat Capponi a fait ressortir le manque de confiance qui en découle :

Nous avons appris que nous ne pouvons dépendre de ceux qui travaillent dans ce système pour nous aider. Nous ne pouvons pas nous attendre à ce qu'ils nous perçoivent comme des personnes à part entière, derrière nos diagnostics obscurs.¹³⁷

3.3.2 Discrimination structurelle

La discrimination dont souffrent les personnes atteintes de maladie mentale et leurs familles ne se limite pas aux actes de discrimination ouverte d'une personne contre une autre. Elle peut aussi prendre la forme de ce que Link et Phelan appellent la discrimination structurelle.

Pour comprendre leur analyse, supposons que des budgets moins élevés soient consacrés à la recherche sur la schizophrénie qu'aux autres maladies, parce que c'est une maladie stigmatisée, et que l'on accorde moins d'argent à la prestation et à la gestion des soins. Cela veut dire que les personnes atteintes de schizophrénie seront moins susceptibles de bénéficier de découvertes scientifiques que si elles avaient été atteintes d'une maladie ne faisant pas l'objet de stigmatisation. Dans la mesure où c'est la stigmatisation de la schizophrénie qui aurait engendré une telle situation, une personne souffrant de ce trouble

¹³⁵ Deuxième session, 15:6.

¹³⁶ Troisième session, 7:18.

¹³⁷ Troisième session, 7:51.

ferait l'objet de discrimination structurelle, qu'elle soit ou non confrontée à un traitement discriminatoire de la part de quiconque.

Ce genre de discrimination structurelle fondée sur la stigmatisation peut se manifester de nombreuses manières. La stigmatisation peut influencer l'accès au traitement en créant des conditions de traitement tellement indésirables que l'on sera beaucoup moins porté à chercher un traitement que dans d'autres contextes. Par exemple, il existe à l'égard des personnes atteintes de trouble psychotique une crainte complètement disproportionnée par rapport au risque réel qu'elles posent. Dans la mesure où cette crainte accroît le recours à des gardes, au confinement ou à des fouilles, par exemple, la stigmatisation engendre un milieu de traitement extrêmement négatif qui pourrait facilement amener les personnes concernées à tout faire pour l'éviter.

La discrimination structurelle peut également se manifester dans les niveaux généraux de financement qui sont consacrés à la recherche et au traitement des maladies mentales (voir le chapitre 10). De plus, dans l'univers de la maladie mentale, de manière générale, les professionnels ont souvent le sentiment d'être traités comme des citoyens de seconde classe par leurs homologues, et les services, programmes et recherches reliés à la maladie mentale ont tendance à être traités de manière moins prioritaire que ceux qui concernent la santé physique.

3.4 RÉDUIRE L'IMPACT DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

Il existe des méthodes individuelles et communautaires ou sociales pour réduire l'impact de la stigmatisation et de la discrimination. D'une part, les personnes atteintes de maladie mentale peuvent chercher des stratégies pour faire face au phénomène ou pour tenter de le contrer. D'autre part, on peut formuler des stratégies sociales ou communautaires pour tenter de réduire l'ampleur et l'impact du phénomène. Cette partie du rapport sera presque totalement consacrée aux stratégies sociales ou communautaires mais, avant d'en traiter, quelques mots s'imposent sur les démarches individuelles.

Dans l'ensemble, on recense dans les études pertinentes trois stratégies qui s'offrent aux personnes atteintes de maladie mentale :

1. tenter de dissimuler totalement leur maladie à autrui;
2. pratiquer l'évitement sélectif en limitant leur interaction sociale aux personnes qu'elles savent ne pas pratiquer la stigmatisation;
3. tenter d'expliquer la nature de la maladie à toutes les personnes avec qui elles entrent régulièrement en contact.

Comme nous l'avons déjà dit, préserver le secret au sujet de sa maladie mentale peut avoir maintes conséquences négatives. Selon une étude consacrée à la valeur respective de ces approches individuelles, il n'y a pas que la première stratégie susmentionnée qui peut être

antiproductive. Les auteurs de l'étude ont conclu sans aucune ambiguïté que les trois stratégies peuvent être néfastes et qu'elles rendent le rejet beaucoup plus probable.¹³⁸

Considérant les difficultés que posent ces stratégies fondées sur l'action individuelle, il semble clair qu'il faut recourir à une certaine forme d'intervention communautaire ou sociale si l'on veut faire des progrès quelconques dans la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Cela découle du fait que ces deux phénomènes sont foncièrement sociaux. Ils dépendent de la propagation de mythes au sujet des personnes atteintes de trouble mental au sein des diverses institutions de la société (écoles, lieux de travail, médias, etc.) et ils s'enracinent dans des pratiques discriminatoires qui peuvent être favorisées ou encouragées par les lois et les traditions.

Il n'existe malheureusement aucune stratégie simple ou unique pour éliminer la stigmatisation de la maladie mentale,¹³⁹ d'abord parce que des stéréotypes tels que ceux qui nourrissent la stigmatisation sont des phénomènes complexes. On y trouve des éléments relativement variables mais aussi certains qui résistent féroce­ment au changement.¹⁴⁰

Comme nous l'avons vu, la stigmatisation historiquement omniprésente de la maladie mentale, malgré une éducation et une sensibilisation croissantes de la population quant à sa nature, soulève une question importante sur l'efficacité de l'éducation en tant que mécanisme unique pour réduire les effets de la stigmatisation. Certes, on espérait qu'une meilleure sensibilisation du public à la nature de la maladie mentale entraînerait une atténuation de la stigmatisation mais c'est tout le contraire qui s'est produit : d'une certaine manière, la stigmatisation s'est intensifiée au cours des 40 dernières années, alors même que la compréhension des maladies mentales s'améliorait.¹⁴¹

Comme les opinions stigmatisantes ne sont pas toujours pas étroitement liées à l'étendue des connaissances sur la maladie mentale, il s'ensuit de manière générale que les campagnes visant à réduire la stigmatisation doivent être soigneusement planifiées et viser probablement à faire plus que simplement améliorer la connaissance des états stigmatisés.¹⁴² Une hypothèse avancée pour expliquer pourquoi la diffusion d'informations est peu susceptible, à elle seule, d'éliminer les attitudes stigmatisantes est que les stigmatisateurs ont besoin d'une nouvelle expérience émotionnelle éventuellement en sus d'un nouveau modèle explicatif pour pouvoir remettre en question les stéréotypes qu'ils peuvent avoir intériorisés.¹⁴³

¹³⁸ L'étude a été effectuée en 1991 par Link, Mirotznik et Cullen et a été décrite par Keith Brunton dans son article « Stigma », *op. cit.*, p. 894.

¹³⁹ Surgeon General, *op. cit.*

¹⁴⁰ Rapport de la C.-B., *op. cit.*

¹⁴¹ Surgeon General, *op. cit.*

¹⁴² Arthur H. Crisp, Michael, G. Gelder, Susannah Rix, Howard I. Meltzer et Olwen J. Rowlands, « Stigmatisation of people with mental illness », Royal College of Psychiatrists, 2000.

¹⁴³ Rahman Haghghat, « A unitary theory of stigmatization, » *British Journal of Psychiatry*, No. 178, 2001.

Voilà pourquoi d'aucuns ont contesté l'efficacité des campagnes d'information de masse lancées pour réduire la stigmatisation et la discrimination.¹⁴⁴ Voici comment M^{me} Stuart a formulé cette idée :

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. Elles comprennent leurs risques différemment selon le groupe diagnostic.¹⁴⁵

Les résultats sont plus prometteurs quand les campagnes médiatiques s'appuient sur une activité continue d'éducation et d'action communautaires. Le consensus général, à l'échelle internationale, semble être que les campagnes d'éducation du public sont les plus efficaces quand elles sont enracinées au niveau local et axées sur les anxiétés des groupes cibles¹⁴⁶. Selon M^{me} Stuart:

Nous parlons maintenant d'interventions plus centrées et plus ciblées. Nous avons connu le meilleur succès parmi toutes nos tentatives en nous rendant dans les écoles secondaires et en travaillant avec les jeunes car ils sont plus malléables.¹⁴⁷

Réduire la stigmatisation exigera donc des campagnes très ciblées et adaptées aux publics visés. Deux articles récents montrent que de telles campagnes bien ciblées peuvent effectivement modifier les attitudes à l'égard des personnes atteintes de trouble mental. Une évaluation des ateliers de sensibilisation à la santé mentale s'adressant à des étudiants d'écoles secondaires en Grande-Bretagne a révélé que, dans le cas des jeunes, cette formule peut avoir un effet minime mais positif sur ce qu'ils pensent des personnes atteintes de trouble mental.¹⁴⁸ L'évaluation d'une autre campagne britannique destinée à des policiers a également révélé que les ateliers donnent de bons résultats sur les attitudes et que cibler un groupe sur son lieu de travail offre la possibilité de remettre en question les stéréotypes négatifs tout en abordant les besoins spécifiques de formation au travail, ce qui engendre un milieu d'apprentissage plus favorable pour s'attaquer aux attitudes et aux comportements.¹⁴⁹

¹⁴⁴ Heather Stuart et Julio Arboleda-Floréz, « Community Attitudes Toward People With Schizophrenia, » *Revue canadienne de psychiatrie*, n° 46, 2001.

¹⁴⁵ Deuxième session, 15:12.

¹⁴⁶ Peter Byrne, « Psychiatric Stigma, » *British Journal of Psychiatry*, n° 178, 2001.

¹⁴⁷ Deuxième session, 15:12.

¹⁴⁸ Vanessa Pinfold, Hilary Toulmin, Graham Thornicroft, Peter Huxley, Paul Farmer et Tanya Graham, « Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools » dans *British Journal of Psychiatry* (2003), 182, p. 344.

¹⁴⁹ Vanessa Pinfold, P. Huxley, G. Thornicroft, P. Farmer, H. Toulmin, et T. Graham, « Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluating an educational intervention with the police force in England », *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2003) 38, p. 343.

L'un des premiers chercheurs en matière de lutte contre la stigmatisation, Otto F. Wahl, professeur de psychologie à l'Université George Mason de Fairfax, en Virginie, a déclaré à cet égard que, si nous voulons vraiment éradiquer la stigmatisation, nous devons en comprendre les effets de manière plus concrète, pratique et personnalisée – c'est-à-dire comprendre comment les gens ressentent la stigmatisation et comment cela influe sur leur traitement et leur rétablissement.¹⁵⁰

L'une des solutions pourrait donc consister à concevoir des stratégies de lutte contre la stigmatisation comprenant des tribunes grâce auxquelles les participants peuvent exprimer leurs craintes, poser des questions et communiquer leurs inquiétudes.¹⁵¹ Pour M^{me} Stuart :

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.¹⁵²

De fait, ce sont les contacts avec les personnes atteintes de maladie mentale qui semblent offrir les meilleures chances d'amélioration des attitudes. Des recherches ont montré que les membres du public qui connaissent mieux les maladies mentales sont moins susceptibles d'intérioriser des préjugés¹⁵³. Comme l'a dit M^{me} Scheffer au Comité :

La stratégie la plus prometteuse de toutes pour combattre les perceptions négatives est d'augmenter les contacts avec les malades mentaux. Aucune autre stratégie n'est plus efficace.¹⁵⁴

Cette conclusion a été renforcée par les résultats de l'étude menée dans la région de Houston au sujet de la manière dont le public perçoit la maladie mentale, étude que nous avons déjà évoquée. Ses auteurs affirment que :

Dans toutes ces analyses, nous avons continuellement été frappés par l'importance écrasante de la connaissance personnelle pour former les attitudes du public à l'égard des maladies mentales. Quand on a demandé aux répondants s'ils connaissaient quelqu'un parmi leurs amis ou dans leur famille qui a fait l'objet d'un diagnostic de maladie mentale,

¹⁵⁰ Sampson, *op cit.*

¹⁵¹ Haghghat, *op. cit.*

¹⁵² Deuxième session, 15:24.

¹⁵³ Watson et Corrigan, *op. cit.*

¹⁵⁴ Deuxième session, 16:21.

*y compris de dépression clinique, les 38 p. 100 qui ont répondu par l'affirmative étaient constamment et sensiblement plus susceptibles que les 62 p. 100 qui n'avaient pas eu de telle expérience personnelle d'appuyer des programmes d'entreprises et des politiques fiscales visant à assurer l'accès aux services de santé mentale, de n'avoir aucune inquiétude en apprenant qu'un voisin était traité pour une maladie mentale, et de croire que la plupart des gens suivant un traitement pour une maladie mentale sont capables de mener une vie normale.*¹⁵⁵

Toutefois, des recherches récentes portent également à croire que la manière dont les gens entrent en contact avec les personnes atteintes d'un trouble mental peut avoir une influence sur le degré de remise en question des attitudes stigmatisantes. Ainsi, les auteurs d'une étude réalisée au Center for Psychiatric Rehabilitation¹⁵⁶ de l'Université de Chicago ont tiré un certain nombre de conclusions intéressantes. En premier lieu, ils ont confirmé les résultats d'études antérieures montrant que le contact avec des personnes atteintes de trouble mental engendre un profond changement d'attitude à l'égard de la maladie mentale.¹⁵⁷ En outre, et contrairement à leurs attentes originelles, les chercheurs n'ont constaté aucune différence notable quant à l'impact du contact lorsque celui-ci se faisait par bande vidéo plutôt que dans la vie réelle.

Toutefois, ils ont également constaté que les stéréotypes n'étaient pas remis en question lorsque le contact avec la personne atteinte de maladie mentale grave mettait plus en relief les symptômes de cette maladie que la possibilité de rétablissement. De plus, ils ont conclu que leur recherche offrait une explication plausible de la raison pour laquelle de nombreux professionnels de la santé mentale restent vulnérables à l'intériorisation d'attitudes stigmatisantes. À leur avis :

*Rencontrer une personne atteinte de maladie mentale dont les symptômes et les autres problèmes sont mis en exergue est peu susceptible d'entraîner une remise en question des stéréotypes. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles les professionnels de la santé mentale sont si susceptibles d'endosser la stigmatisation de la maladie mentale. Les personnes qui dispensent les traitements, notamment les cliniciens de services internes, entrent généralement en contact avec les personnes atteintes de maladie mentale lorsqu'elles sont gravement malades, situation qui risque plus de confirmer le stéréotype que de le remettre en question. La plupart de ces patients obtiennent généralement leur congé avant que leur rétablissement ne soit évident, ce qui signifie que le responsable du traitement ne profite d'aucune expérience concrète susceptible d'infirmier le stéréotype.*¹⁵⁸

¹⁵⁵ *Op. cit.*, p. 20-22.

¹⁵⁶ Rebecca R. Reinke, Patrick W. Corrigan, Christoph Leonhard, Robert K. Lundin et Mary Anne Kubiak, « Examining Media's Use of Contact on the Stigma of Mental Illness », manuscrit inédit adressé au *Journal of Nervous and Mental Disease*.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 10.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 11.

M^{me} Scheffer a également suggéré que la stratégie la plus efficace « pour améliorer la compréhension et l'acceptation est l'adoption d'une approche de promotion de la santé complète combinée à une approche de marketing social » conçue pour « conscientiser, encourager à obtenir de l'aide et favoriser une compréhension positive¹⁵⁹ ».

Selon M. Service, la stigmatisation peut être réduite au moyen d'un traitement efficace des personnes atteintes de trouble mental. Il a déclaré au Comité :

En ce qui concerne la stigmatisation, nous constatons dans la profession qu'elle est en train de diminuer. Elle se résorbe considérablement dans certains milieux, c'est-à-dire chez les gens qui ont accès aux services et s'en prévalent et qui n'ont pas de problème parce que leur voisin, leur ami, leur frère ou leur cousin se sont prévalus des services et en ont bénéficié. C'est ainsi que l'on élimine la stigmatisation. Dans notre secteur d'activité, c'est aussi l'un des meilleurs témoignages que l'on puisse avoir. Ça ne vient pas d'un autre professionnel mais de quelqu'un qui dit: « Je suis allé voir M. Service. Il m'a aidé et tu devrais aller le voir ». C'est ainsi que vous obtenez la plupart de vos clients et c'est ce qui fait disparaître la stigmatisation.¹⁶⁰

Les témoins ont également souligné la nécessité de faire participer les personnes atteintes de trouble mental à tous les aspects des efforts visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination. M^{me} Chambers a recommandé au Comité :

... un programme d'éducation national... une campagne dirigée vers les survivants et orchestrée par eux pour contester le préjugé dévastateur et la discrimination qui existent dans notre collectivité.¹⁶¹

M^{me} Capponi a mis l'accent sur les effets profondément antistigmatisation des efforts déployés pour faciliter la participation des personnes atteintes de trouble mental à des activités concrètes et productives :

Nous avons commencé à lutter contre la pauvreté et l'impuissance en créant directement des entreprises gérées par des patients psychiatriques sortants. Mené par ma sœur Diana, qui avait vaincu une maladie psychiatrique et la toxicomanie, notre groupe a fait des pressions et a créé des entreprises gérées par des patients sortants dans la province de l'Ontario — ce qui constituait une scission radicale avec la réhabilitation professionnelle traditionnelle. Notre communauté a commencé à se rendre compte qu'il y avait des possibilités pour nous. Petit à petit, nous nous sommes dotés de modèles et de chefs. Nous réussissions, nous détruisions les mythes et les idées préconçues sur ce que

¹⁵⁹ Deuxième session, 16:21.

¹⁶⁰ Troisième session, 5:48.

¹⁶¹ Deuxième session, 15:16-17.

nous étions et nous formions une communauté. Les patients psychiatriques chroniques s'engageaient à arriver à l'heure au travail. En acquérant de nouvelles compétences, nous arrivions à créer des relations amicales durables et saisissons toutes les occasions d'apprendre des expériences des autres. Nous avons réussi à lutter contre la stigmatisation à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé mentale, où des millions de dollars ont été dépensés pour des campagnes de publicité élaborées qui n'ont pas marché.¹⁶²

Plusieurs témoins ont également souligné qu'il est important d'apprendre ce qu'ont fait les autres communautés qui ont dû faire face à des problèmes reliés à la stigmatisation et à la discrimination. M^{me} Scheffer en a donné quelques exemples dans son témoignage :

Si nous jetons un coup d'œil aux autres groupes qui ont souffert des effets d'un stigmate social, comme la communauté des gais et des lesbiennes, les personnes atteintes du sida ou du cancer, ils sont parvenus à éliminer ou à réduire le stigmate en provoquant un vaste changement d'attitudes.¹⁶³

Dans le même ordre d'idées, M. Brian Rush, chercheur en Politique de prévention sociale et de santé au Centre de toxicomanie et de santé mentale, a précisé que :

Le domaine de la santé mentale pourrait beaucoup apprendre de celui de la déficience développementale et du genre d'investissement qui permettrait d'accueillir les patients dans leur collectivité, ce qui permettrait d'économiser tout en traitant les gens dans la dignité et le respect, et en leur donnant le choix de vivre au sein de leur collectivité plutôt que dans des établissements psychiatriques.¹⁶⁴

M^{me} Shoush a rappelé au Comité que des communautés différentes auront des méthodes différentes pour aider les personnes atteintes de trouble mental et qu'il est donc essentiel d'adapter les efforts à cette diversité des réalités. Elle a déclaré au Comité que :

Les communautés autochtones diraient qu'elles possèdent un point de vue différent sur le monde et que la communauté est l'élément central. Elles croient que la communauté mérite d'être le centre des préoccupations que l'information pouvant aider cette dernière à être entière et saine doit être disponible et partagée.¹⁶⁵

3.4.1 La nécessité d'une stratégie nationale

S'il est évident qu'il n'y a pas de solution miracle aux problèmes de stigmatisation et de discrimination, et que les efforts destinés à en réduire l'incidence devront être soigneusement

¹⁶² Troisième session, 7:48.

¹⁶³ Deuxième session, 16:20.

¹⁶⁴ Troisième session, 8:28.

¹⁶⁵ Deuxième session, 16:26.

adaptés à de nombreux contextes, plusieurs témoins ont également insisté sur l'importance d'adopter une stratégie nationale sur la santé mentale. Ainsi, selon M. Phil Upshall, président de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada :

La mise en œuvre d'une stratégie nationale fédérale ferait beaucoup pour lutter contre la stigmatisation. Ce serait un modèle de référence pour le reste du Canada à qui l'on dirait « Voici ce à quoi nous devons faire attention ». Je dirais aux autres premiers ministres provinciaux et à leurs ministres de la Santé qu'ils doivent, enfin, prendre cela au sérieux.¹⁶⁶

Opinion qui est partagée par le D^r Blake Woodside, président du Conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada, qui s'est adressé en ces termes au Comité :

Il faut premièrement faire de la santé mentale une priorité publique; une déclaration par le gouvernement fédéral qu'un plan d'action national est en préparation constituerait un pas dans la bonne direction. Il en découlerait une vaste gamme d'activités de sensibilisation qui participeraient à la lutte contre cette discrimination et cette stigmatisation.¹⁶⁷

Des témoins ont également déclaré qu'il importe de modifier la *Loi canadienne sur la santé* de façon à ce que la santé physique et la santé mentale soient placées sur un pied d'égalité, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui car, par exemple, les hôpitaux psychiatriques sont explicitement exclus de son champ d'application. Voilà pourquoi le D^r Sunil Patel, président de l'Association médicale canadienne, a fait l'intervention suivante :

Autrement dit, comment arriverons-nous à surmonter le stigmate et la discrimination si nous les validons dans la législation fédérale? L'AMC est convaincue que l'élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan d'action sur la santé mentale et la maladie mentale constitue l'étape la plus importante à franchir en la matière.¹⁶⁸

L'AMC a proposé un certain nombre de mesures pour corriger cette situation, notamment, comme l'a déclaré le D^r Patel :

... modifier la Loi canadienne sur la santé pour inclure les hôpitaux psychiatriques; rajuster le Transfert canadien en matière de santé pour prévoir que le gouvernement fédéral partage à la fois l'investissement ponctuel et le coût continu des services assurés supplémentaires; rétablir, à Santé Canada ou à la nouvelle agence canadienne de la santé publique,

¹⁶⁶ Troisième session, 9:34.

¹⁶⁷ Troisième session, 5:26-27.

¹⁶⁸ Troisième session, 5:11.

*un service doté de ressources adéquates qui s'occupera uniquement de la santé mentale et des toxicomanies.*¹⁶⁹

Pour sa part, le D^r Paul Garfinkel, président du Groupe de travail sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, et président et directeur général du Centre de toxicomanie et de santé mentale, a souligné la valeur symbolique énorme d'une réforme de la LCS :

*Modifier la Loi canadienne sur la santé aurait un énorme effet symbolique. Ce serait une façon de dire que nous réparons un tort. Il y a des années, nous ne comprenions pas la maladie mentale et aujourd'hui nous nous rendons compte qu'elle est semblable à toute autre forme de douleur ou de souffrance humaine. Ce serait radical.*¹⁷⁰

M. Service a lui aussi insisté sur l'importance de ne pas traiter la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies comme s'il s'agissait d'éléments foncièrement différents des autres questions de santé :

*Si nous considérons que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie font partie et sont au centre des activités de tout le système de santé, nous procédons alors à un changement structurel extrêmement important qui amène la maladie mentale au premier plan au lieu de la confiner dans un ghetto en compagnie des « cinglés » dont personne ne doit vraiment s'occuper ou des « inquiets en bonne santé » dont nous n'avons pas le temps de nous occuper.*¹⁷¹

Selon M^{me} Chambers, si l'on veut aider les personnes atteintes de trouble mental à tirer pleinement parti de leurs droits, il faudra aussi leur consacrer des ressources particulières au palier national. Comme elle l'a affirmé au Comité :

*J'aimerais souligner que, de concert avec l'idée d'éduquer les gens, il est important d'avoir une ressource nationale en matière de défense légale de la santé mentale ayant des comptes à rendre aux consommateurs. Ce ne sont pas seulement les préjugés dans la collectivité en général, mais en particulier les préjugés et la discrimination dans le système de santé mentale lui-même — c'est permis en vertu de la loi — qu'il faut aborder. Il est crucial d'impliquer ces deux éléments.*¹⁷²

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ Troisième session, 5:32.

¹⁷¹ Troisième session, 5:37.

¹⁷² Deuxième session, 15:26.

3.4.2 La nécessité de réformer les politiques

De manière générale, les témoins ont déclaré qu'il est plus facile de modifier les politiques que les attitudes et qu'il convient donc de déployer tous les efforts possibles à cet égard. Voici comment M^{me} Stuart a exprimé cette idée :

Nous espérons qu'une troisième génération de travaux de recherche pourra se concentrer sur les types de structures sociales... qui perpétuent vraiment l'inégalité sociale et la discrimination — les structures et les organismes, ainsi que les politiques et les programmes qui font en sorte que cela arrive. Il est difficile de changer les attitudes mais vous pouvez changer beaucoup plus facilement les politiques.¹⁷³

Dans le même ordre d'idées, le D^r Patel a dit qu'il faut « réviser les politiques et programmes fédéraux sur la santé pour faire en sorte que la maladie mentale se trouve sur le même pied que d'autres maladies et incapacités chroniques pour ce qui est des prestations¹⁷⁴ ». M. Storey a illustré quant à lui le genre de changements qui lui semblent nécessaires :

En plus de protéger les montants consacrés à la santé mentale, il faut effectuer un certain nombre de changements au niveau des politiques. Les modalités et les barèmes de facturation des services médicaux, les prestations d'assurance-maladie complémentaire, les régimes de pension, et cetera, ne reconnaissent pas les caractéristiques et les défis particuliers de la santé mentale et dressent des obstacles inutiles à la guérison et à la santé. En Colombie-Britannique, par exemple, un médecin de famille ne peut facturer que quatre consultations par an par patient; cependant, la plupart des gens souffrant d'une dépression vont voir leur médecin de famille. Même si les médicaments anti-dépressifs constituent un complément utile, seuls ils ne suffisent pas pour aider les gens à surmonter efficacement cet état parfois débilisant. Les médecins ne sont pas en mesure d'offrir l'aide nécessaire à une personne déprimée.¹⁷⁵

Finalement, M^{me} Capponi a souligné, elle aussi, la nécessité d'adapter les politiques à l'évolution du contexte social :

Il y a beaucoup plus de personnes atteintes de troubles mentaux dans les rues, non pas par choix, mais parce que l'écart entre les mieux nantis et les moins nantis va grandissant. De plus en plus de personnes ont recours aux services des banques alimentaires, ce qui veut dire que la part du malade mental chronique diminue. Un propriétaire va louer sa maison à des personnes qui, à son avis, seront plus tranquilles qu'un ancien patient atteint de troubles mentaux. Les gens sont de plus en plus laissés

¹⁷³ Deuxième session, 15:10.

¹⁷⁴ Troisième session, 5:11.

¹⁷⁵ Deuxième session, 15:7.

*pour compte. Les refuges préfèrent ouvrir leurs portes aux immigrants et aux femmes battues au motif qu'ils posent moins de problèmes. Il y a toujours un stigmatisme associé aux troubles mentaux.*¹⁷⁶

3.4.3 Le problème de la violence

Bien des gens estiment, cependant, que le facteur qui explique le plus probablement l'augmentation de la stigmatisation ces dernières années procède d'une attribution exagérée aux personnes atteintes de maladie mentale grave de la propension à commettre des actes de violence gratuits. D'aucuns semblent croire qu'un nombre croissant de crimes avec violence sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques profonds.¹⁷⁷

Si l'on veut contrer cette attribution exagérée de dangerosité aux personnes atteintes de trouble mental, ont dit plusieurs témoins, il va falloir tenir compte de ce que nous disent les meilleures études scientifiques, comme l'a résumé M. Arnett devant le Comité :

*... les risques de gestes violents de la part de gens au psychisme troublé semblent être plus élevés. Il est sage de le reconnaître. Ces gestes se produisent particulièrement dans les cas de maladie mentale grave et encore davantage lorsque la maladie grave est accompagnée d'une toxicomanie.*¹⁷⁸

Comme des actes de violence sont commis, certains chercheurs estiment qu'il est peu probable que l'on constate une réduction de la stigmatisation des personnes atteintes de trouble mental tant que l'on n'aura pas enregistré une réduction des crimes avec violence qu'elles commettent.¹⁷⁹ À leur avis, cela s'impose pour éviter que le citoyen moyen qui se rend au travail en autobus puisse voir une affiche condamnant la stigmatisation en ces termes : « les personnes atteintes de trouble mental sont de bons voisins » tout en lisant en même temps dans le journal un article relatant en détail le dernier acte violent commis par une telle personne.

3.4.4 Les médias et les efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination

Il n'existe pas de stratégie miracle pour réduire la représentation médiatique inexacte et stigmatisante des personnes atteintes de trouble mental, ni pour encourager les médias à contribuer activement à la déstigmatisation.

On trouve cependant des exemples d'initiatives visant directement à modifier la représentation des personnes atteintes de trouble mental dans les médias. Ainsi, une pétition critiquant la couverture médiatique des maladies mentales a été signée par 3 000 psychiatres en Grande-Bretagne en avril 1995. Ils y réclamaient notamment l'ouverture d'un débat de

¹⁷⁶ Troisième session, 7:70.

¹⁷⁷ Treatment Advocacy Center, "Briefing Paper on Stigma and Violence," consulté à : <http://www.psychlaws.org/BriefingPapers/BP9.htm>.

¹⁷⁸ Deuxième session, 16:8.

¹⁷⁹ Treatment Advocacy Center, *op. cit.*

fond, notamment dans les médias, à la télévision et dans la presse écrite, pour contrer la reproduction continuelle d'images stigmatisantes et fausses des maladies psychiatriques. Ils réclamaient aussi la production d'émissions rendant compte de manière juste et exacte des questions de maladie mentale [et demandaient] que la presse électronique et écrite adopte des codes de conduite pour guider les journalistes à ce sujet.¹⁸⁰

En Australie, on a lancé une stratégie médiatique nationale dans le cadre de laquelle le gouvernement a collaboré directement avec les médias pour promouvoir des messages plus positifs au sujet de la maladie mentale et de la prévention du suicide. La stratégie australienne est mise en oeuvre dans les écoles de journalisme et dans les universités, de façon à enseigner aux journalistes comment ils devraient aborder ces questions lorsqu'ils s'adressent à la communauté, de manière à ne pas stigmatiser les personnes atteintes de trouble mental.

Des recherches ont également fait ressortir l'importance d'une mise en exergue des exemples de rétablissement couronné de succès, exemples qui, s'ils sont présentés correctement, peuvent à la fois éduquer et distraire le public. Mentionnons ici quelques cas de représentation médiatique positive et de discussion franche des questions de santé mentale¹⁸¹ :

- la livraison de septembre 2001 du magazine Rosie, consacré à la dépression;
- le film de 1997 Pour le pire et pour le meilleur, avec Jack Nicholson qui joue un personnage atteint de névrose obsessionnelle. Les symptômes de ce trouble sont présentés de manière correcte et, ce qui est encore plus encourageant, le personnage, avec l'aide de la thérapie et de médicaments, réussit à gagner la femme de ses rêves et apprend à vivre avec sa maladie et à la contrôler;
- la série télévisée Monk, qui a débuté en 2002; le personnage principal est un détective privé, Adrian Monk, souffrant lui aussi de névrose obsessionnelle; joué par Tony Shalhoub, ce personnage est présenté de manière réaliste et respectueuse, selon la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI).

Bon nombre de spécialistes pensent que le combat à mener pour assurer une représentation médiatique plus exacte et positive de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes est analogue à la lutte qu'ont dû mener d'autres groupes minoritaires ou défavorisés. Selon Greg Philo, du Glasgow Media Group, les médias ne changeront pas tant qu'il n'y aura pas un mouvement de masse l'exigeant.¹⁸²

3.5 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Les témoignages recueillis permettent de penser qu'il faut déployer un effort tous azimuts pour combattre la stigmatisation et la discrimination. Toute campagne destinée à modifier les attitudes devra transmettre un message complexe pendant une longue période, alors que l'éradication des nombreuses formes de discrimination exigera beaucoup de détermination et de persévérance.

¹⁸⁰ Philo, *op. cit.*

¹⁸¹ Roth Edney, *op. cit.*, p. 9.

¹⁸² *Ibid.*

Le Comité estime qu'il est parfaitement légitime d'aborder de manière appropriée chacun des deux phénomènes clés que sont la stigmatisation et la discrimination. On peut et on doit mener la bataille simultanément sur les deux fronts. Éduquer la population pour contrer les attitudes stigmatisantes doit aller de pair avec une opposition ferme à la discrimination, sous toutes ses formes, dont font l'objet les personnes atteintes de trouble mental. Le Comité prend note du succès qu'ont enregistré d'autres groupes stigmatisés lorsqu'ils ont mené des campagnes pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et des bienfaits réels qui en ont découlé.

Certains facteurs clés ressortent clairement des témoignages recueillis par le Comité et des documents sur lesquels il s'est penché. Tout d'abord, le Comité est très sensible à l'argument voulant que le simple fait d'adopter une stratégie nationale sur la santé mentale (quels qu'en soient les éléments particuliers) contribuera à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Une stratégie nationale sur la santé mentale attirerait comme jamais l'attention du public sur les questions de santé mentale. Son adoption donnerait à la population le signal que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent autant d'importance à assurer la santé mentale des Canadiens et à traiter les maladies mentales qu'à promouvoir la santé physique.

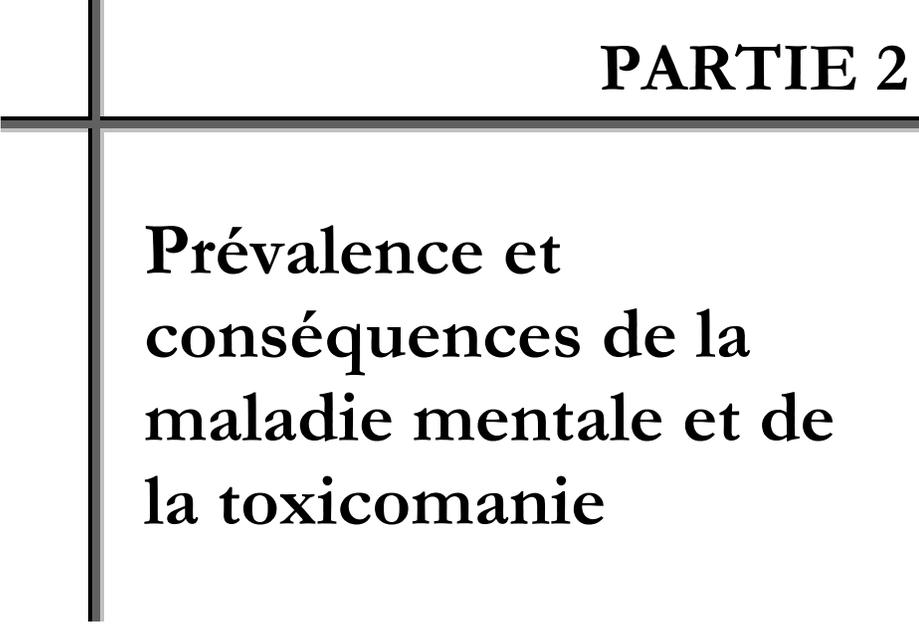
Afin d'assurer la parité entre la santé mentale et la santé physique, et entre les maladies correspondantes, le Comité prend note de la recommandation que l'on modifie la *Loi canadienne sur la santé* pour en éliminer les disparités actuelles. Durant son étude de deux ans du secteur des soins aigus, le Comité s'était montré réticent à l'idée de rouvrir la LCS étant donné le débat difficile qui en découlerait sur quels services devraient être ou non régis par la Loi. Toutefois, en ce qui concerne la santé mentale, le Comité pense qu'il faudrait sérieusement examiner la possibilité de modifier la LCS, étant donné l'énorme valeur symbolique d'une telle initiative.¹⁸³

Le Comité estime qu'un certain nombre de mesures particulières devraient faire partie des efforts nationaux de réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Tout d'abord, il faudra trouver le moyen de contrer l'attribution aux personnes atteintes de trouble mental grave d'une propension exagérée à la violence. Ensuite, les mesures de réduction de la stigmatisation et de la discrimination devront être attentivement ciblées afin d'en maximiser l'effet. Il faudra par ailleurs faire participer les personnes atteintes de trouble mental à la conception, à la formulation et à la prestation de ces campagnes, car ce sera essentiel pour en assurer le succès. Il importera aussi de démontrer que le rétablissement est possible et de promouvoir une meilleure santé mentale afin de favoriser les changements d'attitudes à l'égard des personnes souffrant de trouble mental.

Enfin, le Comité prend note de la persistance d'un phénomène de stigmatisation et de discrimination au sein même du système de soins de santé, de manière générale, tout comme au sein du système de soins de santé mentale. Il conviendra donc d'agir à ces deux niveaux à l'intention de toute la communauté de prestation de soins de santé. Premièrement, il faudra réduire la stigmatisation des professionnels de la santé mentale par le reste du monde de la santé, de façon à éradiquer la discrimination structurelle qui affecte ce secteur.

¹⁸³ Ces questions sont traitées plus en détail au chapitre 9.

Deuxièmement, il faudra travailler avec tous les professionnels de la santé pour promouvoir une image plus positive des personnes souffrant de trouble mental.



PARTIE 2

Prévalence et conséquences de la maladie mentale et de la toxicomanie

INTRODUCTION

La terminologie et les notions relatives à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie ne sont pas faciles à définir. La terminologie varie selon les pays et, dans un même pays, les groupes, organisations et associations de professionnels et de profanes emploient souvent des expressions différentes pour définir des concepts clés en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie. Une même notion peut donc être désignée par divers termes, et certains termes peuvent avoir un sens différent d'un groupe à l'autre. Même au Canada, quelques expressions ont plusieurs sens et sont appliquées sans uniformité, ce qui est fréquemment sources de confusion.

On ne dispose pas d'une langue respectable et commune pour parler de maladie mentale et de santé mentale dans les divers secteurs et disciplines. [Phil Upshall, président, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 11.]

Le présent chapitre définit divers concepts (**qui seront repris au fil de ce rapport**) en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie. Il comprend neuf sections portant sur les thèmes suivants : santé mentale et maladie mentale (section 4.1); principaux troubles mentaux (4.2); usage de substances et toxicomanie (4.3); comorbidité, troubles concomitants et diagnostic mixte (4.4); comportement suicidaire (4.5); services et moyens de soutien (4.6); gestion des maladies chroniques (4.7); promotion, prévention et surveillance (4.8); personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et rétablissement (4.9).

4.1 SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE

Les maladies mentales minent la santé mentale, mais la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de maladies mentales. Il s'agit plutôt de la ressource essentielle de tous les êtres humains et d'une composante fondamentale de la santé vue sous tous ses angles.

[Tom Lips, Santé Canada (11:7)]

La *santé mentale* est définie comme 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.¹⁸⁴ Autrement dit, elle désigne diverses capacités, notamment celles de se comprendre et de comprendre sa vie; d'être en relation avec les autres et de réagir à son environnement; d'éprouver du plaisir et de jouir de la vie; de surmonter le stress et des états de malaise;

¹⁸⁴ Santé Canada, Unité de la promotion de la santé mentale, *Promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous-mêmes – Foire aux questions*. (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/questions.html>).

d'évaluer les défis et les problèmes; de poursuivre des buts et des intérêts; d'évaluer des choix et de prendre des décisions.

Une *bonne santé mentale* est associée à l'estime de soi, au bonheur, à l'envie de vivre, à la satisfaction au travail, à la maîtrise et à la cohérence. Il est bien connu qu'une bonne santé mentale permet aux gens de réaliser leur plein potentiel et de contribuer utilement à la société.¹⁸⁵

Les *problèmes de santé mentale* sont, au contraire, synonymes de capacités réduites – cognitives, émotives, attentionnelles, interpersonnelles, motivationnelles ou comportementales – qui empêchent de jouir de la vie ou nuisent aux interactions de celui ou celle qui en souffre avec la société ou l'entourage. La faible estime de soi, la frustration ou l'irritabilité fréquente, l'épuisement professionnel, le stress et l'inquiétude excessive sont autant d'exemples de problèmes courants de santé mentale.¹⁸⁶ Tout le monde, à un moment donné de sa vie, éprouve des problèmes de santé mentale de ce genre. Ce sont habituellement des réactions normales à court terme face à des situations difficiles (comme les pressions scolaires, le stress professionnel, les conflits conjugaux, le chagrin, une modification de l'état matrimonial) qu'on surmonte de diverses façons en s'appuyant sur ses forces intérieures, sur sa famille ou sa communauté, par exemple.

Les problèmes de santé mentale qui se règlent rapidement, ne se reproduisent plus et n'entraînent pas d'incapacité importante, ne répondent pas aux critères de la maladie mentale. En revanche, on qualifie habituellement de *troubles mentaux* ou *maladie mentale* les comportements ou les réactions émotionnelles d'une sévérité marquée, auxquels sont associés un certain niveau de détresse, de souffrance (le mal, la mort) ou d'incapacité fonctionnelle (par exemple, à l'école, au travail, dans un contexte social ou familial).¹⁸⁷

Une définition des maladies mentales ou troubles mentaux qui est couramment utilisée est tirée de la 4^e édition du Diagnostic and Statistical Manual de l'American Psychiatric Association. (...) Selon cette dernière, la cause d'une maladie mentale peut être soit biologique, soit psychologique. Elle exclut cependant les réactions normales à une situation stressante.
[Tom Lips, *Santé Canada (11:8)*]

Il existe de nombreux types de troubles mentaux qui varient grandement en fonction de l'évolution et du profil de la maladie, du type et de la gravité des symptômes, ainsi que de la gravité de l'incapacité qui en découle. On peut recenser un seul épisode de maladie ou plusieurs épisodes répétés, espacés de longues périodes de bien-être. Si certains troubles mentaux sont de nature épisodique ou cyclique, d'autres sont plus persistants et comportent de longs ou fréquents épisodes récurrents. Ceux qui souffrent d'une maladie persistante reçoivent habituellement des traitements et bénéficient de moyens de soutien à long terme.

¹⁸⁵ Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Appel à l'action – Dégager un consensus à l'égard d'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale*, 2000, document de discussion, p. 7. (<http://www.camimh.ca/cfa/francais/FrenchCAMIMH2003.pdf>)

¹⁸⁶ Thomas Stephens *et al.*, « Mental Health of the Canadian Population: A Comprehensive Analysis », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 20, n° 3, 1999.

¹⁸⁷ Association des psychiatres du Canada, *La jeunesse et les maladies mentales* http://www.cpa-apc.org/MIAW/pamphlets/Youth_fr.asp, sans date.

4.2 PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX

Au Canada, la classification des maladies mentales suit, soit le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) publié par l'American Psychiatric Association, soit la section sur la santé mentale de la Classification internationale des maladies (CIM), publiée par l'Organisation mondiale de la santé.¹⁸⁸ Chacun de ces deux systèmes de classification dresse la liste de plus de 300 troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Dans la plupart des cas, ces troubles sont regroupés en fonction de la similitude des symptômes ou du profil de la maladie.

La liste complète des diagnostics de troubles mentaux figure dans les manuels du DSM et dans la CIM. Certains des grands regroupements comprennent : les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire), les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée, phobies, trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif et syndrome de stress post-traumatique), les troubles psychotiques (schizophrénie et trouble schizoaffectif), les troubles de l'alimentation (anorexie et boulimie), les troubles de la personnalité, les troubles du développement profonds (autisme et syndrome d'Asperger), le trouble déficitaire de l'attention et les troubles de comportement perturbateur, et les troubles cognitifs (démence et délire provoqué par diverses causes).¹⁸⁹ Les troubles liés à une substance psychoactive figurent également dans la classification des troubles mentaux. Dans le présent rapport, ils sont examinés dans une section distincte afin de mettre en évidence leur importance et leur rapport avec la toxicomanie.

Les *troubles de l'humeur* comprennent le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire. Le *trouble dépressif majeur* (également appelé dépression unipolaire) se caractérise par un ou plusieurs épisodes dépressifs d'une durée d'au moins deux semaines. Le principal symptôme est des baisses d'humeur soutenues (différentes des sentiments normaux de tristesse) et/ou une diminution marquée du plaisir tiré des activités habituelles ou de l'intérêt pour ces activités. À cela s'ajoutent au moins quatre autres symptômes caractéristiques de la dépression comme la perturbation, la fatigue ou la perte

Lorsqu'on parle de troubles mentaux, les troubles mentaux les plus prévalents sont les troubles anxieux, les troubles dépressifs. (...) Le troisième grand groupe concerne la toxicomanie (...). C'est donc dire que ces troubles courants sont très prévalents. En comparaison, vous allez également entendre parler de troubles mentaux graves, comme par exemple la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive et, chez les enfants adolescents, et éventuellement à l'âge adulte, les troubles d'autisme. Ce sont donc des troubles graves.

[D^r Alain Lesage, Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique (11:12)]

¹⁸⁸ Le système de classification du DSM ne porte que sur les troubles psychiatriques et exclut toute autre catégorie de maladie. Le DSM d'usage courant actuellement au Canada est une révision de la quatrième édition (DSM-IV-TR). La cinquième édition (DSM-V) devrait paraître bientôt. La CIM-10, la dixième édition du système CIM, qui porte sur toutes les maladies et conditions de santé, est adoptée actuellement dans l'ensemble du Canada. Elle remplace la CIM-9 qui, jusqu'à récemment, constituait le système standard de diagnostic dans les hôpitaux et les organisations de santé du Canada. Les systèmes de classification DSM et CIM sont tous les deux mis à jour périodiquement par des experts, afin de préciser l'exactitude des diagnostics et d'intégrer les nouvelles données scientifiques.

¹⁸⁹ Association canadienne pour la santé mentale, [Les maladies mentales](#), pamphlet, sans date.

d'énergie, la perte d'appétit, des fluctuations de poids, la diminution de la concentration, la difficulté de penser et de prendre des décisions, ainsi que des pensées morbides récurrentes. Les dépressions majeures sont deux fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le *trouble bipolaire*, également appelé psychose maniaco-dépressive, est une maladie mentale caractérisée par des sautes d'humeur spectaculaires, allant de la manie à la dépression. La manie, un état reconnu depuis l'Antiquité, se caractérise par au moins une semaine d'humeur altérée d'euphorie, de volubilité ou d'irritabilité. Comme la dépression, elle est associée à quelques autres symptômes connexes, souvent le contraire de ceux de la dépression, y compris une hausse marquée de l'énergie, une baisse du besoin de sommeil, une estime de soi accrue et une propension à se lancer dans des activités risquées. En général, le trouble bipolaire apparaît au début de la vie adulte, c'est-à-dire de 18 à 24 ans, cependant certains cas se déclarent dès l'enfance ou très tard dans la quarantaine ou la cinquantaine. Les hommes et les femmes sont affectés également.¹⁹⁰

Les *troubles anxieux* peuvent prendre diverses formes. Ils comprennent le trouble d'anxiété généralisée, des phobies spécifiques, le trouble panique (avec ou sans agoraphobie), le trouble obsessionnel-compulsif et le syndrome de stress post-traumatique. Le *trouble d'anxiété généralisée* se caractérise par une période prolongée (c.-à-d. de plus de six mois) d'anxiété et d'inquiétude accompagnée d'autres symptômes comme une tension musculaire, la fatigue, une mauvaise concentration, l'insomnie et l'irritabilité. Les *phobies* sont une crainte excessive de certains objets, actes, situations ou idées (animaux, insectes, hauteurs, ascenseurs, société, etc.). L'exposition à l'objet de la phobie, imaginaire, virtuel ou réel, suscite invariablement une anxiété intense, qui peut comprendre une attaque de panique. On parle de *trouble panique* dans le cas d'une personne ayant vécu plusieurs crises de panique inattendues –périodes caractérisées par le déclenchement soudain d'une peur ou d'un malaise intense souvent accompagnés de palpitations, de sensations de souffle court et de la peur d'une catastrophe imminente – conjuguées à la crainte de nouvelles crises. Le *trouble obsessionnel-compulsif* comporte des obsessions ou des compulsions (ou les deux à la fois) que le malade reconnaît être excessives ou déraisonnables. Les obsessions comprennent des pensées, des idées, des impulsions ou des images persistantes, envahissantes et inappropriées qui sont cause d'une détresse prononcée. Les compulsions désignent des comportements répétitifs (comme le fait de se laver sans cesse les mains) ou des actes mentaux (comme compter) qui revêtent un caractère ritualiste ou qui s'inscrivent en réaction à une obsession. Le *syndrome de stress post-traumatique* consiste à revivre un événement traumatisant dans ses rêves ou ses souvenirs, à éviter les stimuli qui rappellent l'événement, à se désensibiliser affectivement et à se sentir plus alerte; il se produit après un événement traumatisant dans lequel la personne a été menacée ou blessée physiquement par un agent stressant (comme un viol, une agression sexuelle contre un enfant, une guerre ou un combat, ou une catastrophe naturelle). Pris globalement, les troubles anxieux atteignent tout autant les hommes que les femmes; ils apparaissent généralement tôt dans la vie (pendant l'enfance ou l'adolescence) et persistent souvent de nombreuses années.¹⁹¹

¹⁹⁰ D'après des renseignements affichés sur le site Internet de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada (<http://www.mooodisorderscanada.ca/>).

¹⁹¹ D'après des renseignements affichés sur le site Internet de l'Association canadienne des troubles anxieux (<http://www.anxietycanada.ca/>).

La *schizophrénie* est une maladie mentale qui apparaît habituellement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Elle est typiquement considérée comme un trouble chronique, grave et incapacitant à long terme. Les efforts systématiques entrepris au cours de la dernière décennie en vue de dépister la maladie plus tôt et d'intervenir globalement au niveau biopsychosocial permettent d'espérer que l'on parviendra à infléchir le caractère implacable de cette maladie qui est souvent de longue durée. Des décennies de recherches portant notamment sur la génétique et l'imagerie cérébrale vont dans le sens d'un modèle biologique de la schizophrénie, encore que ses causes restent inconnues. Cette maladie influe sur la pensée et provoque des hallucinations (comme entendre des voix), des délires (convictions obsessionnelles non fondées, comme la crainte d'être suivi par des inconnus ou être convaincu que des inconnus vous veulent du mal), une perte de contact avec la réalité et une perturbation des interactions professionnelles et sociales. Elle apparaît souvent lentement et, une fois bien établie, elle se caractérise en général par des cycles de rémissions et de rechutes. Les hommes et les femmes sont affectés également par la schizophrénie.¹⁹²

Les *troubles de l'alimentation* se caractérisent par une grave perturbation des comportements alimentaires. Certains de ces troubles se règlent spontanément par eux-mêmes ou à l'aide de traitements durant l'adolescence, mais d'autres peuvent devenir chroniques. Selon des études de suivi à long terme, jusqu'à 18 p. 100 des personnes touchées peuvent mourir de cet état. Les troubles de l'alimentation les plus courants sont l'anorexie, la boulimie et l'alimentation compulsive. L'*anorexie* se caractérise par un faible poids (moins de 85 p. 100 du poids normal), par une crainte intense de grossir en dépit d'une perte de poids considérable, par une perception erronée de son poids ou de son apparence corporelle, par la négation de sa maigreur et par la grande importance accordée au poids dans la façon dont on s'évalue. La *boulimie nerveuse*, en revanche, frappe le plus souvent des personnes de poids normal. Elle se caractérise par des épisodes récurrents de frénésie alimentaire, suivies d'activités compensatoires visant à éliminer les calories ingérées (comme les vomissements volontaires, l'abus de laxatifs ou de diurétiques, l'exercice intense, etc.). Elle a cependant en commun avec l'anorexie de nombreuses préoccupations psychologiques de base relatives au poids et à l'apparence corporelle. L'*alimentation compulsive* est un trouble reconnu depuis peu caractérisé par des périodes d'ingestion incontrôlées d'aliments, sans les activités compensatoires de la boulimie nerveuse. Les troubles de l'alimentation (ou hyperphagie boulimique) apparaissent habituellement à l'adolescence et frappent surtout les femmes.¹⁹³

Les *troubles de la personnalité* comprennent un certain nombre de troubles dont les caractéristiques et les profils de comportement varient grandement.¹⁹⁴ Ils partagent cependant tous les caractéristiques suivantes : modes durables d'expérience et de comportement qui sont contraires aux attentes de la société, et modes de comportement profonds, inflexibles et stables dans le temps et qui conduisent à la détresse ou à une déficience.¹⁹⁵ Certaines formes de ces troubles entraînent des souffrances surtout chez le malade (p. ex., le trouble de la personnalité évitante, caractérisé par les sentiments de malaise

¹⁹² British Columbia Schizophrenia Society, *Basic Facts About Schizophrenia*, avril 2002.

¹⁹³ United States Surgeon General, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999, p. 167.

¹⁹⁴ Les troubles de la personnalité comprennent les troubles de la personnalité limites, antisociale, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, schizoïde, obsessionnelle-compulsive et schizotypique.

¹⁹⁵ Paula Stewart, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf, Santé Canada, octobre 2002, p. 70.

extrême et d'autocritique intense dans des situations sociales, qui mène à une solitude et à un isolement profonds malgré l'intense désir d'avoir des contacts sociaux). D'autres formes de troubles de la personnalité peuvent non seulement entraîner une grande détresse chez le malade, mais aussi avoir des conséquences néfastes profondes sur les autres et occasionner des coûts importants pour la société (p. ex., le trouble de la personnalité antisociale, qui se caractérise par l'irrespect et la violation des droits d'autrui, donne souvent lieu à une activité criminelle répétitive, à un comportement violent impulsif, à la duplicité et à l'absence de remord.) Bien que les troubles de la personnalité apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de la vie adulte, ils peuvent aussi se manifester au milieu de la vie adulte. Contrairement aux maladies mentales décrites jusqu'ici, les troubles de la personnalité sont reliés plus intimement au tempérament et au caractère des personnes qui en souffrent.¹⁹⁶

L'*autisme* est un trouble mental qui apparaît dans l'enfance et qui, chez certaines personnes touchées, peut devenir une maladie incapacitante durant toute la vie. En règle générale, les autistes présentent les caractéristiques suivantes : difficulté à avoir des interactions sociales; problèmes de communication et comportements particuliers (p. ex., préoccupation, résistance au changement, attachement à des rituels sans fonction et comportements stéréotypés et répétitifs). Des retards ou anomalies de développement concernant l'interaction, la langue et le jeu sont évidents avant l'âge de 3 ans. L'autisme peut s'accompagner d'autres états incapacitants comme des crises ou d'importants retards cognitifs (intellectuels).¹⁹⁷ Les symptômes et déficits liés à l'autisme peuvent cependant varier. Par exemple, certains autistes fonctionnent à un niveau relativement élevé, le langage et l'intelligence étant intacts, tandis que d'autres, dont le développement est retardé, ne parlent pas ou ont de graves problèmes de langue.¹⁹⁸ L'autisme a tendance à être de trois à quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Le *trouble déficitaire de l'attention* (TDA) et l'*hyperactivité avec déficit de l'attention* (HDA) sont des termes employés pour décrire des structures de comportement qui se présentent généralement chez les enfants d'âge scolaire. Ils nuisent au processus d'apprentissage, car ils réduisent la capacité de l'enfant à être attentif. Les enfants présentant ces troubles sont inattentifs, excessivement impulsifs et, dans le cas de l'HDA, hyperactifs. Ils ont de la difficulté à se tenir tranquilles, à se concentrer sur une tâche particulière pour une longue période et peuvent sembler hyperactifs. Le TDA et l'HDA sont diagnostiqués dix fois plus souvent chez les garçons que chez les filles.¹⁹⁹ Les déficits de l'attention associés à ces troubles peuvent persister au-delà de l'enfance et de l'adolescence, tandis que les symptômes de hyperactivité et de l'impulsivité ont tendance à diminuer avec l'âge. Bien que de nombreux enfants souffrant de TDA et d'HDA finissent par s'ajuster, une proportion plus élevée que dans la population de personnes non touchées est susceptible d'abandonner l'école et d'avoir une carrière moins brillante plus tard. À mesure qu'ils vieillissent, certains adolescents souffrant d'HDA profonde depuis le milieu de leur enfance vivent des périodes

¹⁹⁶ Paula Stewart (2002), p. 72-73.

¹⁹⁷ Association canadienne pour l'obtention de services aux personnes autistiques, [What is Autism?](#).

¹⁹⁸ National Institute of Mental Health, *Briefing Notes on the Mental Health of Children and Adolescents*, United States, sans date. (www.nimh.nih.gov).

¹⁹⁹ Association canadienne pour la santé mentale, [Les enfants et les troubles déficitaires de l'attention](http://www.cmha.ca/french/info_centre/mh_pamphlets/mh_pamphlet_17.htm), http://www.cmha.ca/french/info_centre/mh_pamphlets/mh_pamphlet_17.htm, Série de dépliants, sans date.

d'anxiété ou de dépression. Ils peuvent également être plus enclins à abuser de substances et à afficher des comportements antisociaux.²⁰⁰

La *maladie d'Alzheimer* est un trouble cérébral organique qui entraîne la perte de fonctions mentales et physiques. À l'instar d'autres maladies, dont la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington, elle est classifiée comme une maladie dégénérative du système nerveux central. La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence. Plusieurs changements se produisent dans le cerveau, notamment une perte progressive de neurones du cortex cérébral et d'autres régions. Cela étant, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer possède moins de tissu cérébral qu'un sujet sain; la diminution continue avec le temps et affecte le fonctionnement du cerveau.²⁰¹ La perte de mémoire est le principal symptôme précoce de la maladie, souvent suivi par une lente détérioration des fonctions cognitives, des caractéristiques de la personnalité et de la capacité physique. Certains malades ont des hallucinations, des délires, des crises et un comportement agressif. La maladie d'Alzheimer frappe les hommes et les femmes également.²⁰²

Bien qu'ils ne soient pas considérés comme des troubles mentaux, le *syndrome d'alcoolisation fœtale* et les *effets de l'alcool sur le fœtus* (SAF/EAF) constituent d'importantes déficiences congénitales qui perturbent la fonction cérébrale. Les dommages au cerveau du fœtus, qui occasionnent un retard de développement, découlent des effets de la consommation d'alcool par la mère durant la grossesse. Les nourrissons atteints du SAF ou souffrant des EAF présentent divers dysfonctionnements : irritabilité, agitation, tremblements, réflexe de succion défaillant, problèmes de sommeil et d'alimentation, retard de croissance, piètre motricité et défauts d'habitation. Il n'est pas rare d'observer ensuite chez l'enfant d'âge préscolaire des problèmes d'hyperactivité, des difficultés d'attention, des problèmes de perception et de langage ainsi que des troubles de motricité. À l'adolescence et à l'âge adulte, on constate principalement des troubles de la mémoire, des problèmes de jugement et des difficultés à raisonner dans l'abstrait ainsi qu'un mauvais comportement adaptatif. Parmi les incapacités secondaires les plus fréquemment observées chez les adolescents et les adultes atteints du SAF ou souffrant des EAF, mentionnons la victimisation que subissent fréquemment ces personnes, la difficulté à focaliser leur intérêt et une facilité à être distraits, la difficulté à faire un budget, des difficultés à tirer des leçons de leur expérience, des difficultés à comprendre les conséquences et à percevoir les indices sociaux, une faible tolérance à la frustration, un comportement sexuel inapproprié, la toxicomanie, des troubles mentaux ainsi que des démêlés avec la justice.²⁰³

²⁰⁰ US Surgeon General Report (1999), p. 144.

²⁰¹ Centre canadien de ressources sur la maladie d'Alzheimer, <http://www.alzheimercentre.ca/francais/default.htm>.

²⁰² Sonya Norris, *La maladie d'Alzheimer*, PRB 02-39F, Bibliothèque du Parlement, 2 octobre 2002.

²⁰³ Fred J. Boland *et al.*, *Syndrome d'alcoolisme fœtal : répercussions pour le service correctionnel*, http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r71/r71e_f.shtml, Services correctionnels Canada, juillet 1998.

4.3 USAGE DE SUBSTANCES ET TOXICOMANIE

Il est important de faire la distinction entre la consommation et l'abus de drogues ainsi que la dépendance à celles-ci. La consommation de substances psychoactives est très courante. L'abus l'est moins et la dépendance ne touche qu'une minorité de gens qui consomment de telles substances. L'ampleur des conséquences est plus grande dans le cas de l'abus et encore plus importante dans celui de la dépendance.

[Dr David Marsh, Centre de toxicomanie et de santé mentale (16:44)]

D'après Santé Canada, l'*usage de substances* comprend la consommation de toute substance psychotrope – autrement dit, des substances qui ont un effet sur l'état mental – dont le tabac, l'alcool, les médicaments en vente libre ou sur ordonnance, les drogues illicites, les solvants et les produits pour inhalation. Le rythme de consommation va de l'abstinence à l'abus de substances en passant par une consommation occasionnelle ou régulière et une consommation fréquente et excessive.²⁰⁴

Les *troubles liés à une substance psychoactive*, qui sont considérés comme des troubles mentaux dans le DSM et dans la CIM, désignent la consommation habituelle d'alcool ou de drogues qui entraîne des problèmes importants sur les plans du travail, des relations personnelles, de la santé physique et financière et des autres aspects de la vie personnelle. Ils comprennent l'abus d'une substance et la dépendance à une substance.²⁰⁵ L'*abus d'une substance* désigne un mode d'utilisation inadéquat même si la personne est consciente des conséquences négatives de cette consommation. La *dépendance à une substance* se caractérise par la perte de contrôle, la préoccupation concernant l'utilisation continue de substances malgré ses conséquences négatives.²⁰⁶

La *dépendance* peut être physique, psychologique ou les deux. La *dépendance physique* implique la tolérance (besoin de consommer davantage de la substance pour obtenir le même effet). On parle de *dépendance psychologique* dans le cas d'un sujet qui éprouve le besoin intense de consommer la substance afin de fonctionner efficacement ou dans des situations particulières. Les degrés de dépendance vont de léger à grave, la dépendance grave étant qualifiée de toxicomanie.²⁰⁷

²⁰⁴ Colleen Hood, Colin Mangham, Don McGuire et Gillian Leigh, *Explorer les liens la santé mentale et l'usage de substances*, Section I (« Document de travail ») et Section II, (« Table ronde ») Santé Canada, 1996, p. 44. (http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/discus_f.pdf)

²⁰⁵ Santé Canada, *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/concomitantsmeilleurespratiques.pdf>, 2002, p. 8.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 102-103.

²⁰⁷ BC Partners for Mental Health and Addictions Information, «What is Addiction?», *The Primer – Fact Sheets on Mental Health and Addiction Issues*, (<http://mentalhealthaddictions.bc.ca/>).

La *toxicomanie* implique la consommation incontrôlable d'une ou de plusieurs substances et il y a apparition de malaises ou d'un sentiment de détresse lorsque cette consommation est interrompue ou grandement réduite. La toxicomanie peut également décrire certains autres problèmes de comportement, comme le *jeu compulsif* ou *pathologique* qui peut être considéré comme un processus plutôt qu'une toxicomanie. Les recherches effectuées jusqu'ici semblent en effet indiquer que le jeu pathologique s'installe progressivement, comme l'alcoolisme.²⁰⁸

Dans le présent rapport, nous employons fréquemment le mot « toxicomanie » pour désigner le vaste domaine de l'abus de substances. Le terme *système de traitement de la toxicomanie* comprend les traitements, les services et les moyens de soutien offerts aux personnes souffrant de toxicomanie et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives.

4.4 COMORBIDITÉ, TROUBLES CONCOMITANTS ET DIAGNOSTIC MIXTE

La comorbidité signifie que deux maladies au moins sont présentes chez une même personne, qu'il s'agisse de deux troubles mentaux différents, de deux maladies physiques ou d'un trouble mental et d'une maladie physique. Dans le présent rapport, la notion de *comorbidité* désigne la présence d'une maladie mentale et d'une maladie physique. Par exemple, les données épidémiologiques ont révélé que 25 p. 100 des patients qui souffrent d'arthrite souffrent également de dépression ou d'anxiété comorbide; que la comorbidité est élevée en présence de cancer, de diabète, de troubles respiratoires, d'hypertension ou de migraine et de certaines maladies mentales. Les interactions entre la maladie physique et la maladie mentale sont cependant très complexes.²⁰⁹

L'expression *troubles concomitants* s'applique le plus souvent à des personnes atteintes simultanément d'une maladie mentale et d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. Les liens entre la maladie mentale et la consommation de substances ne sont pas simples. D'une part, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales peuvent constituer des facteurs de risque pour une consommation accrue de substances (p. ex., l'anxiété accrue peut mener à une consommation accrue d'alcool) et, d'autre part, l'abus de substances peut constituer un facteur de risque pour un accroissement des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales (p. ex., une consommation excessive d'alcool peut constituer un facteur de risque de dépression). Dans d'autres situations, une cause commune peut expliquer le fait que

En règle générale, les « troubles concomitants » se retrouvent chez les personnes qui combinent des problèmes mentaux, émotifs ou psychiatriques et l'abus d'alcool et/ou d'autres drogues psychoactives. Sur un plan plus technique et dans la terminologie des diagnostics, ils désignent toute combinaison de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de substances, tels que définis par exemple sur l'axe I et/ou II du DSM-IV.

[Brian Rush, CTSM, mémoire au Comité, mai 2004, p. 2.]

²⁰⁸ Santé Canada (1996), p. 33.

²⁰⁹ Paula Stewart (2002), p. 22.

les deux troubles sont favorisés par un troisième facteur, tel que la prédisposition génétique ou le milieu familial. Les recherches indiquent cependant que la maladie mentale et le trouble lié à l'usage de substances sont parfois indépendants l'un de l'autre.²¹⁰

Dans le présent rapport, *diagnostic mixte* s'applique aux personnes qui ont un problème de santé mentale ou une maladie mentale et une déficience développementale (ce qu'on appelait autrefois « arriération mentale »). Parce qu'il est difficile de diagnostiquer la maladie mentale chez une personne présentant une déficience développementale, il arrive souvent que le diagnostic mixte ne soit pas posé et donc que le problème ne soit pas traité. Les personnes dans cette situation ont des besoins complexes et délicats et comptent certainement parmi les membres les plus vulnérables de la population canadienne. Elles risquent plus que les autres Canadiens de vivre une agression (plus particulièrement une agression sexuelle), de connaître la négligence et l'exploitation. Elles passent souvent entre les mailles du filet.²¹¹

4.5 COMPORTEMENT SUICIDAIRE

L'expression *comportement suicidaire* englobe aussi bien le suicide réussi (décès par suicide) que les tentatives de suicide (y compris l'automutilation) et l'idéation suicidaire (pensées suicidaires). Le comportement suicidaire est souvent la conséquence de l'interaction de plusieurs facteurs comme des facteurs de stress aigus et des événements négatifs (p. ex., deuil, perte d'un emploi, séparation, maladie), de symptômes liés à un épisode grave de maladie mentale ou de trouble lié à l'usage de substances psychoactives (p. ex., psychose, dépression, intoxication), de traits de personnalité ou de circonstances sociales et/ou économiques.

Bien que le comportement suicidaire ne constitue pas, en soi, un trouble mental, la corrélation avec la maladie mentale et la toxicomanie est étroite. Les études indiquent que plus de 90 p. 100 des victimes de suicide ont une maladie mentale ou un trouble lié à l'usage de substances diagnosticable.²¹² Le

La présence de problèmes mentaux est probablement la plus importante variable prédictive du suicide. Environ 90 p. 100 des suicides répondent aux critères d'un trouble psychiatrique, en particulier une dépression grave, des troubles liés à l'usage de substances psychoactives et la schizophrénie. Mais seule une minorité de personnes affectées par ces troubles se suicide, ce qui indique qu'un trouble psychiatrique pourrait constituer un facteur de risque nécessaire mais insuffisant pour le suicide.

[D^r Gustavo Turecki, mémoire au Comité, 21 avril 2004, p. 1.]

suicide est la cause la plus fréquente de décès chez les schizophrènes. Il représente également de 15 à 25 p. 100 des décès chez les personnes souffrant de graves troubles de l'humeur.²¹³

²¹⁰ Santé Canada, , *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/concomitantsmeilleurespratiques.pdf>, 2002.

²¹¹ Association canadienne pour la santé mentale – Division de l'Ontario, *Dual Diagnosis: People with Developmental Disability and Mental Illness – Falling Through the Cracks*, fiche documentaire, 1998.

²¹² BC Partners for Mental Health and Addictions Information, “Suicide: Follow the Warning Signs”, *The Primer – Fact Sheets on Mental Health and Addictions Issues*.

²¹³ D'après les données de l'Association canadienne pour la santé mentale – Ontario Division (<http://www.ontario.cmha.ca/>).

La toxicomanie prédispose souvent au comportement suicidaire en intensifiant les sautes d'humeur suicidaires et en réduisant la maîtrise de soi.²¹⁴

4.6 SERVICES ET MOYENS DE SOUTIEN

Par le passé, les soins de santé mentale dans le système de santé classique comprenaient les soins primaires, secondaires et tertiaires. Les soins primaires, c.-à-d. les soins de première ligne, comprenaient habituellement les procédures de diagnostic simples, les traitements de base et l'aiguillage vers des services spécialisés, au besoin. On a accordé beaucoup d'attention à l'amélioration de la capacité des soins de santé mentale primaires, étant donné qu'il est désormais reconnu qu'un fort pourcentage de la population devrait recevoir des services reliés à des problèmes de santé mentale dans ce secteur du système de santé. Les soins secondaires sont des soins spécialisés qui comportent des procédures de traitement plus complètes et plus compliquées. Ils peuvent être offerts dans les hôpitaux, les cliniques ou les cabinets à des clients hospitalisés ou non. Les soins tertiaires désignent généralement les interventions spécialisées que conduisent des professionnels, ayant reçu une formation poussée, auprès de personnes qui ont des problèmes particulièrement complexes et qui sont réfractaires aux soins primaires et secondaires. Dans le système de soins de santé mentale, les soins tertiaires désignent également les soins de longue durée que l'on dispensait jadis dans les grands hôpitaux psychiatriques à des personnes souffrant de troubles mentaux persistants. La recherche et l'enseignement sont également des activités menées dans les établissements de soins tertiaires.

Dans le présent rapport, nous reconnaissons que ceux et celles qui souffrent de maladies mentales et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives ont besoin de services et de moyens de soutien nombreux et variés. Ces services et ces moyens sont offerts par de nombreux fournisseurs de services et organismes professionnels ou non professionnels. Ils ne se limitent pas à ce qui est offert dans le système classique de soins de santé mentale. Un examen des meilleures pratiques canadiennes semble révéler un besoin pour les services et moyens de soutien de base qui suivent dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie²¹⁵ :

- *Gestion de cas* : désigne le soutien constant et permanent offert aux personnes atteintes de maladie mentale ou de troubles liés à l'usage de substances afin de les aider à obtenir les services dont elles ont besoin. Le gestionnaire de cas évalue les besoins, détermine les compétences qui font défaut et dirige le client vers les fournisseurs de services pertinents. La gestion de cas vise à aider les patients/clients à acquérir des compétences utiles dans la vie quotidienne, à favoriser leur intégration dans la société et à prévenir leur hospitalisation. Le *traitement communautaire dynamique* est reconnu comme le modèle de gestion de cas le mieux adapté pour offrir des services à ceux et celles qui souffrent de maladies mentales persistantes et de troubles concomitants. Dans le modèle du traitement communautaire dynamique, la gestion de cas est assurée par une équipe multidisciplinaire au sein même de la collectivité où vit le

²¹⁴ *The Merck Manual on Diagnosis and Therapy*, "Suicidal Behaviour", Section 15, Chapter 190.

²¹⁵ Santé Canada, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale*, http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/bp_review/f_index.html, préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, 1997.

patient/client plutôt que dans une clinique ou un établissement. Ces équipes soignantes sont notamment composées de psychiatres, de médecins de famille, de travailleurs sociaux, d'infirmières et d'ergothérapeutes, et elles offrent leurs services aux patients/clients 24 heures sur 24 jour, et sept jours sur sept.

- Il faut disposer d'un vaste éventail de *services internes et externes*, y compris dans les domaines suivants : counselling; psychothérapie; thérapie individuelle et collective; hospitalisation partielle (programmes de traitement de jour); traitements actifs à domicile (au lieu de l'hospitalisation); services spécialisés dans les établissements ou services communautaires et psychiatriques; psychiatrie médico-légale; et soins partagés. Les *soins de santé mentale partagés*²¹⁶ sont particulièrement intéressants. Ils désignent un vaste éventail d'activités concertées entre les fournisseurs de soins primaires et les psychiatres ou d'autres fournisseurs de soins de santé mentale primaires. Certains sont surtout cliniques et intègrent les services de santé mentale dans les services de santé mentale primaires, tandis que d'autres offrent des programmes éducatifs novateurs aux fournisseurs de soins de santé primaires par l'intermédiaire d'établissements d'enseignement participants.
- *Les services communautaires, y compris les services de logement, de formation professionnelle, d'aide aux études et d'aide à l'emploi* constituent des éléments importants de toute la gamme des services dont ont besoin les personnes souffrant de troubles mentaux. Il a été démontré que ces types de soutien communautaires peuvent améliorer grandement les résultats. Il est reconnu que les personnes atteintes de maladie mentale peuvent travailler et que les programmes d'emploi devraient être encouragés même pour les plus handicapées d'entre elles. De même, les programmes d'aide aux études permettent de retourner aux études à plein temps. Il semble également que les programmes communautaires d'aide au logement peuvent remplacer avec succès les soins hospitaliers à long terme. Il faudrait donc offrir diverses possibilités de logement (p. ex. foyers supervisés ou autres cadres résidentiels).
- *Les services d'urgence* offrent un vaste éventail de services applicables à des manifestations très variées de graves problèmes de santé mentale ou d'usage de substances. Les services d'urgence comportent cinq volets essentiels : lignes d'écoute téléphonique, services d'urgence mobiles, services de stabilisation de crise sans rendez-vous, services d'urgence internes (non hospitaliers) et services psychiatriques d'urgence dans les hôpitaux.
- D'abord et avant tout, il faudrait insister fortement sur les *initiatives des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et de leur famille*. La participation de personnes qui ont elles-mêmes éprouvé des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie à la planification, à l'exécution, à la gestion, à l'évaluation et à la réforme des soins de santé mentale a permis de mettre en place un vaste éventail d'initiatives axées sur le consommateur et la famille, initiatives qui offrent des services d'information, d'éducation, de formation, d'auto-assistance, d'aide mutuelle et d'entraide. Plus encore : d'importants progrès ont été récemment accomplis dans ce domaine grâce à la création d'entreprises par des consommateurs qui souhaitent

²¹⁶ Collège des médecins de famille du Canada et Association des psychiatres du Canada, [*Shared Mental Health Care in Canada – A Compendium of Current Projects*](#), printemps 2002.

promouvoir l'épanouissement personnel et réduire la dépendance envers les services sociaux.

Dans le présent rapport, le *système de soins de santé mentale* désigne le vaste éventail de services et de moyens de soutien mis à la disposition des personnes atteintes de maladie mentale. De même, le *système de traitement de la toxicomanie* désigne toute la gamme des services visant à prévenir ou à réduire et à traiter l'abus de substances, les troubles liés à une substance psychoactive et le jeu compulsif.

4.7 GESTION ET AUTOGESTION DES MALADIES CHRONIQUES

La gestion des maladies chroniques est une approche relativement nouvelle qui s'est révélée très efficace dans le traitement à long terme des maladies. Elle se fonde sur un modèle appelé « Chronic Care Model » appliqué dans le cadre d'un programme national américain appelé Improving Chronic Illness Care (ICIC) et établi à la Group Health Cooperative of Puget Sound du MacColl Institute for Healthcare Innovation, à Seattle, dans l'État de Washington.²¹⁷

La *gestion des maladies chroniques* repose sur des lignes directrices et des protocoles fondés sur des données cliniques et elle fait appel à de nombreux professionnels et administrateurs de la santé, dans tous les secteurs du système de santé, qui ont une vision commune et collaborent à plusieurs initiatives parallèles. Elle contraste avec le modèle qui traite un épisode comme un événement unique, comme une visite chez un fournisseur de soins de santé. Au Canada et aux États-Unis, la gestion des maladies chroniques a donné d'excellents résultats dans le cas de nombreuses maladies chroniques comme le diabète, l'arthrite, voire l'asthme, et on envisage maintenant de l'appliquer aux maladies mentales et à la toxicomanie. La gestion des maladies chroniques insiste sur les soins communautaires et vise à encourager l'autonomie et l'épanouissement personnel.²¹⁸

La gestion des maladies chroniques en tant que façon d'aborder les soins relatifs à la santé mentale et à la toxicomanie insiste sur l'aide apportée aux malades pour qu'ils conservent leur autonomie et sur le maintien d'une santé optimale grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des troubles mentaux chroniques et des troubles chroniques liés à une substance psychoactive.

[Ministry of Health Services, Colombie-Britannique, mémoire au Comité, 9 septembre 2003, p. 7.]

Un élément important de la gestion des maladies chroniques est la participation active des patients/clients à la gestion de leur maladie au quotidien. Cette participation est habituellement appelée l'autogestion. L'*autogestion* ne signifie pas que les malades s'occupent eux-mêmes de leur maladie ou de leur trouble. Il s'agit plutôt d'un processus qui permet au patient/client d'acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour

²¹⁷ Pour de plus amples renseignements, voir le site Internet d'ICIC (<http://www.improvingchroniccare.org/>).

²¹⁸ Mental Health and Addictions, Ministry of Health Services, gouvernement de la Colombie-Britannique, *mémoire au Comité*, 9 septembre 2003, p. 7.

gérer soi-même sa maladie ou son trouble et de mieux utiliser les services et de moyens de soutien existants afin d'obtenir de l'aide au besoin.²¹⁹

4.8 PROMOTION, PRÉVENTION ET SURVEILLANCE

La *promotion* de la santé mentale a pour but de renseigner la population afin de mieux faire connaître et comprendre les questions relatives à la santé mentale, à réduire la stigmatisation et à promouvoir une santé mentale positive. La promotion de la santé mentale comprend également l'éducation et la formation de ressources humaines dans le système officiel de santé mentale et de désintoxication.

La connaissance des maladies mentales désigne les connaissances et les opinions relatives aux troubles mentaux qui aident à reconnaître, gérer ou prévenir les problèmes de santé mentale et d'usage de substances, ainsi que les troubles mentaux et les troubles liés à l'usage de substances. Elle comprend la capacité de reconnaître des troubles particuliers; la capacité de trouver de l'information sur la santé mentale; la connaissance des facteurs de risque et des causes, des autotraitements et de l'aide professionnelle disponible; ainsi que les attitudes qui encouragent la reconnaissance et la recherche de l'aide pertinente.

[Ministry of Health Services, Colombie-Britannique, mémoire au Comité, 9 septembre 2003, p. 9.]

Le concept de connaissance de la santé mentale est souvent utilisé dans le contexte de la promotion

de la santé mentale. La *connaissance de la santé mentale* désigne les connaissances, opinions et aptitudes qui permettent de reconnaître, de gérer ou de prévenir les maladies mentales ou les troubles liés à une substance psychoactive. Un niveau élevé de connaissance de la santé mentale permet de reconnaître rapidement les maladies mentales et les troubles liés à une substance psychoactive et d'accroître la probabilité d'une intervention efficace. C'est également un moyen efficace de réduire la stigmatisation.²²⁰

La prévention comprend la *prévention primaire*, qui vise à éviter un éventuel problème de santé mentale ou de consommation de substances; la *prévention secondaire*, qui vise le dépistage précoce et comprend une intervention pertinente pour prévenir, retarder ou atténuer un problème de santé mentale; et la *prévention tertiaire* qui vise à atténuer le handicap ou à éviter une rechute chez un patient/client stable ou qui a été traité avec succès.

La *surveillance* désigne habituellement la collecte, l'analyse et l'interprétation permanentes et systématiques de données relatives à la santé utilisées pour déterminer la présence de maladies, évaluer les besoins pertinents et mesurer l'efficacité des politiques et programmes.

²¹⁹ BC Partners for Mental Health and Addictions Information, « Mental Health and Addictions Information Plan for Mental Health Literacy », [The Primer - Fact Sheets on Mental Health and Addictions Issues](#), Colombie-Britannique.

²²⁰ *Ibid.*

À l'heure actuelle, le Canada n'a pas de système de surveillance national pour suivre les maladies mentales et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives.²²¹

4.9 PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE OU DE TOXICOMANIE ET RÉTABLISSEMENT

Comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, il n'existe pas de terminologie commune pour décrire tous les concepts et problèmes dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie. On ne s'entend pas vraiment sur les termes les plus respectueux et convenables pour désigner les personnes qui ont vécu une maladie mentale ou un trouble lié à l'usage de substances. Certaines personnes ont des opinions très arrêtées sur la terminologie employée, étant donné la stigmatisation sociale des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et les étiquettes péjoratives employées beaucoup trop souvent à leur égard.

D'habitude, on appelle *patients* les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie qui sont soignées par des médecins. Les autres professionnels de la santé les appellent souvent *clients* ou bénéficiaires. Les personnes en cause emploient parfois d'autres termes, comme consommateurs ou *réchappés*. Les consommateurs sont habituellement les personnes ayant vécu directement d'importants problèmes de santé mentale ou maladies mentales et qui ont fait appel aux ressources offertes par le système de santé mentale. Certains ont choisi

de se qualifier de réchappés, terme qui, à leur avis, traduit leur capacité de faire face à la maladie mentale ou à la toxicomanie, ou aux deux. Dans le présent rapport, le Comité emploie les expressions *personne atteinte ou souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie* et *patient/client*.

Les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie parlent souvent de rétablissement. Le *rétablissement* n'est pas synonyme de guérison. Pour bien des gens, c'est une façon de mener une vie satisfaisante, prometteuse et productive, malgré les limites imposées par la maladie; pour d'autres, le rétablissement veut dire la réduction ou la rémission complète des symptômes de la maladie mentale.

Dans la perspective de la santé mentale, le rétablissement est un processus personnel qui consiste à surmonter l'incidence négative de la maladie mentale malgré sa présence continue. Dans l'optique de la toxicomanie, le rétablissement désigne une approche

Le rétablissement est un voyage plutôt qu'une destination. C'est un processus actif, permanent et très individualisé par lequel on est encouragé à assumer la responsabilité de sa vie, souvent en collaboration avec les amis, la famille, les pairs et les professionnels.

Le rétablissement de chaque malade est unique. Il n'y a pas deux personnes qui suivent le même parcours ou emploient les mêmes moyens pour se rétablir. On peut croire à un rétablissement réel lorsque la personne a le sentiment de s'être rétablie et que sa qualité de vie n'est pas ternie par son état passé ni par des symptômes ou facteurs de stress actuels.

[Rapport final du Forum provincial des présidents de groupes d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale, Ontario, décembre 2002, p. 28.]

²²¹ Paula Stewart, *The Development of a Canadian Mental Illnesses and Mental Health Surveillance System: A Discussion Paper*, préparé pour l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 1999 (inédit).

fondée sur l'abstinence face aux troubles liés à une substance psychoactive, notamment la démarche des Alcooliques anonymes et de Narcotiques anonymes. La notion de rétablissement suppose qu'avec les traitements et les moyens de soutien nécessaires en place, les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie peuvent prendre leur vie en main, se fixer de nouveaux buts, avoir de nouvelles aspirations et contribuer de manière productive à la société.²²²

²²² Forum provincial des présidents de groupes d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale, [*The Time is Now: Themes and Recommendations for Mental Health Reform in Ontario*](#), décembre 2002, p. 21.

CHAPITRE 5: PRÉVALENCE ET COÛTS

Les troubles mentaux ne sont pas le lot d'un groupe particulier : ils sont universels. Ils s'observent dans toutes les régions, tous les pays et toutes les sociétés.
[OMS (2001), p. 23.]

INTRODUCTION

La maladie mentale et la toxicomanie ne sont pas rares, puisqu'un Canadien sur cinq en souffre à un moment ou à un autre durant sa vie. Ces maux affectent les personnes de tous âges, femmes et hommes, dans toutes les cultures et toutes les tranches de revenu. Ils sont aussi présents à la campagne qu'à la ville. Ils ont des répercussions économiques énormes, pas seulement sur ceux et celles qui en souffrent et sur leurs familles, mais aussi sur le système de soins de santé, sur le système social au sens large du terme et sur le milieu de travail et la société.

Si la maladie mentale était une maladie infectieuse, on aurait une épidémie au Canada. Le nombre de personnes qui en souffrent est effarant [...].

[Phil Upshall, président, Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 4.]

Afin de planifier et d'organiser comme il se doit la prestation des services et des moyens de soutien nécessaires et afin d'élaborer de bonnes politiques publiques en matière de santé mentale, il convient de bien évaluer la prévalence ainsi que le fardeau économique que représentent la maladie mentale et la toxicomanie. Le présent chapitre examine l'ensemble des renseignements dont nous disposons sur la prévalence et les répercussions économiques de la maladie mentale, de la toxicomanie, du jeu pathologique et du suicide au Canada. Le lecteur y trouvera également des comparaisons internationales chaque fois que de telles données existent.

La section 5.1 donne des renseignements sur la prévalence des maladies mentales, des troubles liés à la consommation de substances psychoactives et du jeu pathologique. La section 5.2 examine la prévalence des comportements suicidaires. La section 5.3 traite de la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans certains groupes de la population, notamment chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus. La section 5.4 fournit des données sur le fardeau économique que représente la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Enfin, le Comité fait part de certaines observations et de ses conclusions à la section 5.5.

5.1 PRÉVALENCE DES MALADIES MENTALES, DES TROUBLES LIÉS À DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET AU JEU PATHOLOGIQUE

Au Canada, on ne compile pas de façon systématique les données nationales sur l'état de santé mentale des Canadiens ou sur l'ampleur d'une maladie mentale en particulier.

[Phil Upsball, président, Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 6.]

La *prévalence* est la proportion de personnes qui, dans une population donnée, sont atteints d'une maladie ou d'un trouble. Les taux de prévalence diffèrent selon qu'il s'agit de personnes qui ont une maladie à un certain moment (prévalence ponctuelle), pendant une certaine période (prévalence périodique) ou tout long d'une vie (prévalence sur la vie).

Il n'existe actuellement au Canada aucune base de données nationale susceptible de fournir des données précises sur la prévalence de tous les troubles mentaux, pour toutes les tranches d'âges. Le plus souvent, les meilleures estimations sont tirées d'études épidémiologiques publiées dans la documentation spécialisée. Toutefois, l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2002 (ESCC) – santé mentale et bien-être, cycle 1.2 – réalisée par Statistique Canada, nous a indiqué pour la toute première fois les taux de prévalence pour certaines maladies mentales, pour certains troubles liés à la consommation de substances psychoactives et pour le jeu pathologique. Ces prévalences sont commentées à la section suivante.

Le sondage publié à l'automne par Statistique Canada était un excellent point de départ, puisqu'il s'agissait là du premier sondage basé sur la population jamais fait au Canada sur les maladies mentales. Imaginez un peu la situation si on avait attendu 2003 pour faire le premier sondage sur les maladies cardiovasculaires ou sur le cancer? Ce serait scandaleux. Il nous faut donc un meilleur système de surveillance.

[Dr Blake Woodside, président du conseil, Association des psychiatres du Canada (5:19)]

5.1.1 Les Canadiens de 15 ans et plus

Selon l'ESCC (voir tableau 5.1), au cours de la dernière année, un Canadien sur 10 âgé de 15 ans et plus – soit environ 2,6 millions de personnes – a fait état de symptômes correspondant à des maladies mentales ou à des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. La prévalence générale est à peu près la même chez les hommes et chez les femmes : 1,4 million de femmes environ (ou 11 p. 100 du total) ayant ressenti les symptômes caractéristiques de maladie mentale ou des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, contre 1,2 million (10 p. 100) d'hommes.

La maladie mentale et la toxicomanie n'épargnent personne. Elles frappent à tout âge et tous les groupes de la population.

[Société canadienne de psychologie, mémoire au Comité, 2003, p. 5.]

Il existe, cependant, d'importantes différences entre les deux sexes, par type de trouble. Ainsi, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont plus répandus chez les femmes (6 p. 100) que chez les hommes (4 p. 100), tandis que les troubles liés à la consommation de substances psychoactives sont plus répandus chez les hommes (4 p. 100) que chez les femmes (2 p. 100).

TABLEAU 5.1

**PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX SUR UNE ANNÉE
CHEZ DES CANADIENS ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, 2002**

	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre (milliers)	Taux (%)	Nombre (milliers)	Taux (%)	Nombre (milliers)	Taux (%)
Dépression unipolaire	1 120	4,5	420	3,4	700	5,5
Dépression bipolaire	190	0,8	90	0,7	100	0,8
Toute forme d'humeur	1 210	4,9	460	3,8	750	5,9
Trouble panique	400	1,6	130	1,1	270	2,1
Agoraphobie	180	0,7	40	0,4	140	1,1
Phobie sociale	750	3,0	310	2,6	430	3,4
Toutes formes d'anxiété	1 180	4,7	440	3,6	740	5,8
Dépendance à l'alcool	640	2,6	470	3,8	170	1,3
Dépendances aux drogues illicites	170	0,7	120	1,0	50	0,4
Tous problèmes de dépendance à une substance	740	3,0	540	4,4	200	1,6
Tous troubles confondus	2 600	10,4	1 190	9,7	1 410	11,1

Statistique Canada, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être », *Le Quotidien*, 3 septembre 2003.

D'après les données de l'ESCC, les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles que n'importe quel autre groupe d'âge de souffrir de maladies mentales ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Dans ce groupe d'âge, en effet, 18 p. 100 ont fait état de symptômes caractéristiques d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, contre 12 p. 100 chez les 25 à 44 ans, 8 p. 100 chez les 45 à 64 ans et 3 p. 100 chez les 65 ans et plus.

(...) nous devons considérer que le phénomène de co-occurrence toxicomanie et maladie mentale constitue la norme et non l'exception. Le fait de détecter la présence d'un problème devrait nous amener à supposer que l'autre est également présent jusqu'à preuve du contraire.

[Wayne Skinner, CTSM, mémoire au Comité, mai 2004, p. 2]

L'ESCC était limitée quant à la gamme des troubles mentaux observés dans la population canadienne, contrairement à la *National Survey of Mental Health and Well-Being* réalisée en Australie en 1997. L'enquête australienne a porté sur un éventail plus important de troubles anxieux et de troubles affectifs de l'humeur. Elle établit également une différence entre la consommation dangereuse d'alcool et de drogue et la dépendance à ces deux types de substances. Le gouvernement australien envisage aussi de réaliser une étude sur des troubles psychotiques à faible prévalence, comme la schizophrénie.²²³

Il est malheureux que l'ESCC n'ait pas recoupé ni rapproché certaines données afin d'évaluer les taux de prévalence de troubles concurrents (présence d'une maladie mentale et d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives) chez les Canadiens de 15 ans et plus. Ce manque d'information sur la prévalence des troubles concurrents nous empêche de mieux les comprendre et de planifier et d'instaurer efficacement des services et des moyens de soutien appropriés pour ceux et celles qui en souffrent. L'enquête nationale australienne sur la santé mentale et le bien-être des adultes a, quant à elle, été prévue pour permettre d'évaluer les troubles concurrents et la co-morbidité (définie par la présence de troubles mentaux et d'affection physique).

Cependant, contrairement à l'enquête australienne, l'ESCC a permis de recueillir des données sur le jeu excessif et le jeu pathologique.²²⁴ En 2002, on estimait que quelque 1,2 million de Canadiens (soit 5 p. 100 de la population adulte) étaient des joueurs excessifs ou risquaient de le devenir (voir le graphique 5.1) : 700 000 courraient un faible risque (2,8 p. 100), 370 000 environ courraient un risque modéré (1,5 p. 100) et 120 000 étaient déjà des joueurs excessifs (0,5 p. 100). Les hommes (8 p. 100) étaient nettement plus susceptibles que les femmes (5 p. 100) d'être à risque ou de devenir des joueurs excessifs. Les joueurs à risque et les joueurs excessifs étaient, en moyenne, plus jeunes que les joueurs non excessifs (40 ans pour les premiers et 45 pour les seconds) et moins instruits (8 p. 100 par rapport à 5 p. 100).

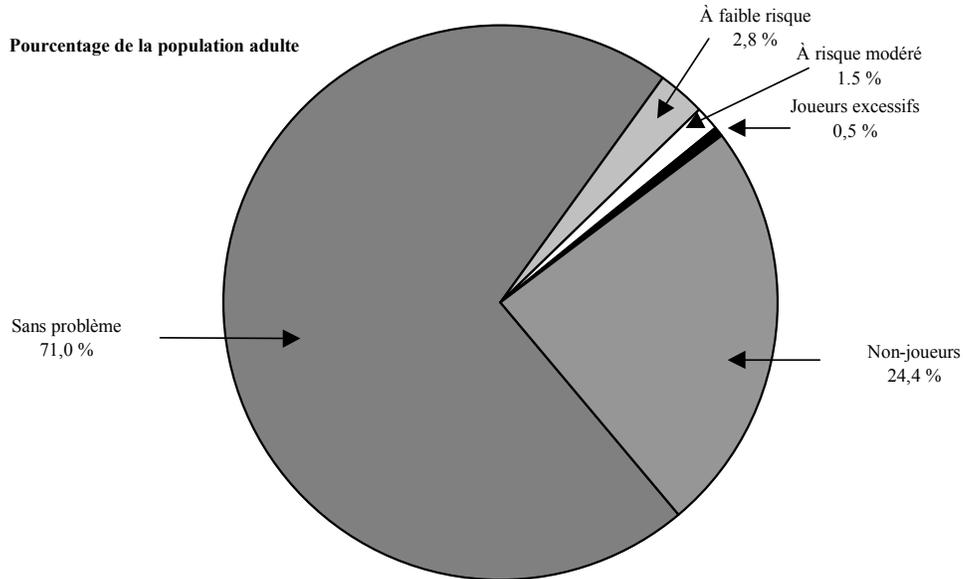
Les jeux de hasard s'accompagnent inévitablement d'un problème de jeu excessif.

[Katherine Marshall et Harold Wynne, « Contre vents et marées », p. 5.]

²²³ L'enquête nationale australienne sur la santé mentale et le bien-être a porté sur les troubles anxieux suivants : trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble de l'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif et syndrome de stress post-traumatique. Elle a aussi porté sur les troubles affectifs suivants : dépression, dysthymie, manie, hypomanie et trouble bipolaire. De plus, cette enquête s'est penchée sur les troubles de consommation d'alcool et sur ceux liés à la consommation de drogues, tant pour ce qui est de la nocivité que de la dépendance. Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le site Internet du Bureau australien de la statistique, à l'adresse : (<http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs@.nsf/0/3F8A5DFCBECAD9C0CA2568A900139380?Open>).

²²⁴ Les données sur les jeux de hasard sont analysées en détail par Katherine Marshall et Harold Wynne dans « Contre vents et marées », *L'emploi et le revenu en perspective*, Statistique Canada, n° 75-001-XIE au catalogue, vol. 4, n° 12, décembre 2003, p. 5-13 (<http://www.statcan.ca/>).

GRAPHIQUE 5.1
COMPOTEMENTS ASSOCIÉS AUX JEUX DE HASARD AU CANADA, 2002



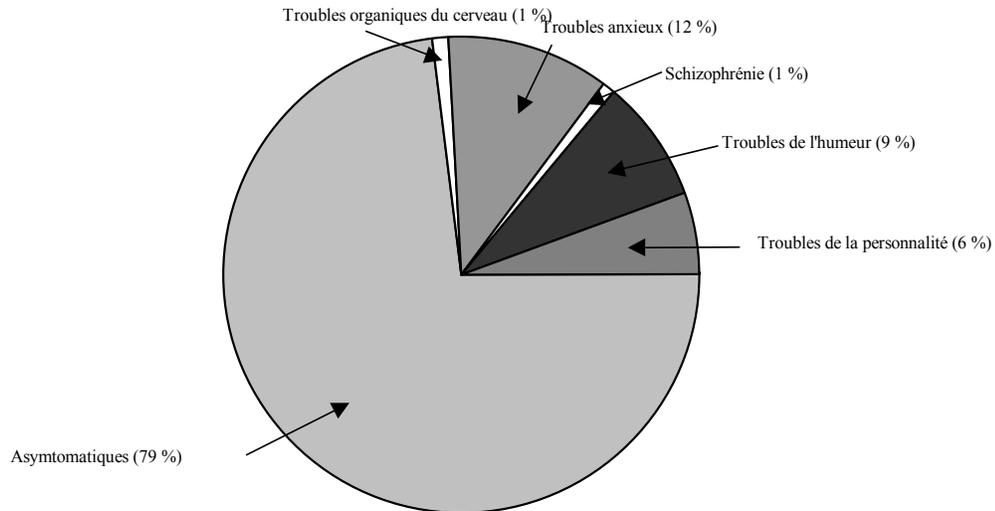
Katherine Marshall et Harold Wynne, « Contre vents et marées », *L'emploi et le revenu en perspective*, Statistique Canada, n° 75-001-XIF au catalogue, vol. 4, no 12, décembre 2003.

Il est intéressant de noter que l'enquête en question fait ressortir l'existence d'un lien entre le jeu pathologique, la maladie mentale et la consommation de drogues. Ainsi, 42 p. 100 des joueurs excessifs disent avoir connu des niveaux de stress élevés ou extrêmes durant leur vie, 25 p. 100 d'entre eux ont déclaré avoir eu une dépression clinique majeure et 15 p. 100 se sont dit dépendants à l'alcool. Le sondage a aussi permis de constater que 18 p. 100 des joueurs excessifs ont envisagé de se suicider dans les 12 mois précédents.

Les taux de prévalence sur une vie, dans le cas des maladies mentales et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives au Canada, sont fondés sur des études épidémiologiques. Selon les données recueillies par Paula Stewart et ses collègues (octobre 2002), près d'un Canadien adulte sur cinq (21 p. 100, soit 4,5 millions de personnes) souffrira de maladie mentale à un moment ou un autre de sa vie.²²⁵ Le graphique 5.2, qui illustre la prévalence sur une vie des maladies mentales au sein de la population canadienne adulte, est dérivée d'études épidémiologiques.

²²⁵ Paula Stewart et al., *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, publié par Santé Canada, octobre 2002.

GRAPHIQUE 5.2
LA MALADIE MENTALE AU CANADA : PRÉVALENCE SUR UNE VIE CHEZ LES ADULTES



Remarque : Il se peut que le total des proportions ne donne pas 100 p. 100, étant donné que certaines personnes peuvent présenter des symptômes dans plus d'une catégorie. Graphique fondé sur les données fournies Paula Stewart *et al*, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, octobre 2002.

Comme on peut le voir, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont les maladies mentales les plus répandues parmi la population canadienne adulte, puisqu'elles concernent respectivement 12 p. 100 et 9 p. 100 de cette population. La schizophrénie touche 1 p. 100 environ de la population canadienne. La démence associée à la maladie d'Alzheimer et les troubles organiques du cerveau, résultats de pathologies ou de lésions cervicales (comme l'encéphalopathie au VIH-1, la démence complexe et la démence vasculaire), touchent aussi 1 p. 100 environ des adultes canadiens. Au cours de leur vie, entre 6 p. 100 et 9 p. 100 des adultes canadiens souffriront de troubles de la personnalité.

On retrouve des taux de prévalence semblables ailleurs dans le monde. Pour ce qui est de la prévalence ponctuelle, dans son rapport de 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale que les troubles mentaux et la toxicomanie touchent environ 10 p. 100 des adultes à un moment donné ou à un autre de leur vie, soit quelque 450 millions de personnes sur la planète.²²⁶ Pour ce qui est de la prévalence sur une vie, l'OMS indique que plus de 25 p. 100 de la population mondiale vient à souffrir un jour ou l'autre d'au moins une maladie mentale.²²⁷ L'OMS estime aussi que, dans une famille sur quatre dans le monde, une personne au moins est atteinte d'une maladie mentale ou souffre de toxicomanie.²²⁸

S'agissant des taux de prévalence sur une année, le *World Mental Health Survey Consortium* de l'OMS a révélé que les troubles mentaux sont fortement prévalents dans les pays développés et les pays en développement, bien qu'il existe d'importants écarts d'un pays à l'autre, cette prévalence étant particulièrement faible en Asie. Les troubles de l'anxiété constituent les maladies mentales les plus courantes devant les troubles de l'humeur. La plupart de ces troubles sont qualifiés de « légers » selon un classement par degré de gravité, ceux considérés

²²⁶ Organisation mondiale de la santé, *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 2001, p. 23.

²²⁷ Ibid.

²²⁸ OMS (2001), p. 24.

comme « graves » ou « modérés » étant moins nombreux, bien qu'ils soient souvent associés à un empêchement majeur à effectuer des activités routinières.²²⁹

5.1.2 Les enfants et les adolescents (de 0 à 19 ans)

S'appuyant sur différentes études épidémiologiques, Charlotte Waddell et Cody Shepherd (octobre 2002) ont estimé les taux de prévalence généraux et les taux propres à certains troubles mentaux chez les enfants et les adolescents en Colombie-Britannique. Le tableau 5.2 présente ces taux qui permettent de se faire une idée du nombre d'enfants et d'adolescents canadiens qui pourraient souffrir de troubles mentaux.

La prévalence ponctuelle des maladies mentales chez les enfants et les adolescents canadiens est d'environ 15 p. 100. Autrement dit, 1,2 million d'enfants et d'adolescents environ souffrent de maladie mentale ou sont atteints de toxicomanie à un degré de gravité suffisant pour occasionner chez eux une détresse importante et les empêcher de fonctionner. Les affections les plus courantes sont l'anxiété (6,5 p. 100), les troubles des conduites (3,3 p. 100), les déficit de l'attention (3,3 p. 100), la dépression (2,1 p. 100) et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (0,8 p. 100).

TABLEAU 5.2

PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS^(a)

TROUBLES MENTAUX	TAUX DE PRÉVALENCE (%)	NOMBRE APPROXIMATIF
Trouble d'anxiété	6,5	513 780
Trouble des conduites	3,3	260 842
THADA	3,3	260 842
Trouble dépressif	2,1	165 990
Consommation de substances psychoactives	0,8	63 234
Trouble envahissant du développement	0,3	23 713
Trouble obsessionnel/compulsif	0,2	15 809
Schizophrénie	0,1	7 904
Syndrome de La Tourette	0,1	7 904
Trouble de l'alimentation	0,1	7 904
Trouble bipolaire	Moins de 0,1	Moins de 7 904
TOUT TROUBLE CONFONDU	15	1 185 645

(a) Données fondées sur une évaluation de Statistique Canada, réalisée en juillet 2002, fixant à 7 904 300 le nombre d'enfants et d'adolescents de 0 à 19 ans.

Source : Adapté de Charlotte Waddell et Cody Shepherd, *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth*, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Université de la Colombie-Britannique, octobre 2002.

²²⁹ OMS, World Mental Health Survey Consortium, « Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 21, 2 juin 2004, p. 2581-2590.

Le tableau ci-dessus ne rend pas compte d'un fait important, soit la co-occurrence de deux troubles mentaux ou plus. Une enquête sur la santé des enfants en Ontario a, par exemple, permis de constater que les deux tiers (68 p. 100) des enfants et des adolescents atteint d'une maladie mentale souffrent simultanément de deux troubles mentaux ou plus. Plus récemment, une étude conduite sur des jeunes souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives a révélé que plus des trois quarts (76 p. 100) d'entre eux étaient atteints de troubles concurrents de l'anxiété, de l'humeur ou du comportement.²³⁰

Dans son mémoire, le Dr Joseph H. Beitchman, psychiatre en chef à l'Hôpital pour enfants de Toronto, insiste sur le fait que la plupart des troubles mentaux constatés chez les adultes puisent leurs racines dans l'enfance ou l'adolescence et qu'il s'agit donc de maladies graves dont on peut être atteint durant toute une vie.²³¹ Cela souligne la nécessité de détecter et d'intervenir très tôt. Cela nous rappelle aussi que les meilleures possibilités de prévention et de réduction des nouveaux cas se situent dans l'enfance et l'adolescence. Comme l'a souligné Charlotte Waddell et al. (2002) : « Il est essentiel de disposer de données épidémiologiques de qualité pour élaborer des politiques publiques valables afin d'améliorer la santé mentale des enfants ». ²³² Il est intéressant de remarquer que, dans la stratégie nationale australienne sur la santé mentale adoptée par le Commonwealth, les gouvernements des États et des territoires réclament la tenue d'un sondage auprès des enfants et des adolescents en plus du sondage national sur la santé mentale et le bien-être des adultes. Une telle étude n'a jamais été réalisée au Canada.

5.1.3 Les personnes âgées (65 ans et plus)

Comme nous l'avons vu, l'ESCC a révélé qu'au cours de l'année dernière, quelque 3 p. 100 des Canadiens de 65 ans et plus (soit environ 107 283 personnes âgées) ont fait état de symptômes associés aux cinq troubles mentaux et aux deux types de dépendance à des substances visés par l'enquête. Le taux de prévalence sur un an était de 1,8 p. 100 dans le cas des troubles unipolaires, de 0,2 p. 100 dans celui des troubles de panique, de 0,9 p. 100 pour les phobies sociales et de 0,4 p. 100 pour l'agoraphobie. Les maladies mentales et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives étaient davantage prévalents chez les femmes (3,2 p. 100) que chez les hommes (2,5 p. 100). L'enquête a également révélé que 2 p. 100 environ des personnes âgées au Canada ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

D'autres renseignements sur la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada ont été communiqués au Comité :

- L'incidence de la dépression chez les personnes âgées pensionnaires de centres de soins de longue durée est de trois à quatre fois supérieure à celle de la population en

²³⁰ Données citées par Charlotte Waddell et al., in *Child and Youth Mental Health: Population Health and Clinical Services Considerations*, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Université de la Colombie-Britannique, avril 2002, p. 15.

²³¹ Dr Joseph H. Beitchman, psychiatre en chef, Hôpital pour enfants de Toronto, mémoire au Comité, 30 avril 2003, p. 7.

²³² Charlotte Waddell et al., « Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-Making: The State of the Science and the Art of the Possible », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 9, novembre 2002, p. 825-832.

général. La prévalence des troubles mentaux parmi les résidents de foyers pour personnes âgées est extraordinairement élevée, puisqu'ils se situent entre 80 et 90 p. 100. La prévalence des psychoses varie de 12 à 21 p. 100 en fonction des moyens utilisés pour mesurer les symptômes.²³³

- L'Alzheimer et les types de démence qui y sont associés touchent actuellement plus de 360 000 Canadiens (incluant une personne sur 13 de plus de 65 ans et une sur 3 de plus de 85 ans); les femmes sont plus concernées par cette maladie que les hommes.²³⁴
- Selon certaines estimations, 25 à 50 p. 100 des personnes âgées souffrant de problèmes d'alcoolisme à divers degrés sont également atteintes de troubles mentaux.²³⁵
- L'incidence du suicide chez les hommes de 80 ans et plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge (31 par 100 000 habitants).²³⁶

5.1.4 Les Forces canadiennes²³⁷

Les membres des FC, représentant une communauté de plus de 83 000 (Force régulière et Réserve), sont doublement concernés par les maladies mentales ayant à subir, à la fois, les difficultés d'une vie « normale » et celles d'une carrière à haut risque.

[Défense nationale, [Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les FC : Une « étape clé »](#), 2003.]

L'ESCC comporte un volet distinct sur la santé mentale au sein des Forces canadiennes (FC). Celui-ci nous apprend que le taux de prévalence des dépressions unipolaires dans les rangs des membres de la force régulière est de 7,6 p. 100 sur une période d'un an et de 16,2 p. 100 au cours d'une vie. Les taux de prévalence comparables pour les réservistes sont respectivement de 4,1 p. 100 et de 9,7 p. 100. Au sein des forces régulières, le taux de prévalence des phobies sociales s'établit à 3,6 p. 100 sur un an et à 8,7 p. 100 sur une vie, et ils sont de 2,3 p. 100 et de 7,1 p. 100 respectivement pour les réservistes. Les prévalences sur un an et sur une vie dans le cas des troubles de stress post-traumatique sont de 2,8 p. 100 et de 7,2 p. 100 pour les membres des forces régulières et de 1,2 p. 100 et de 4,7 p. 100 pour les réservistes. Les taux de prévalence des troubles de l'anxiété généralisée sont de 1,8 p. 100 et de 4,6 p. 100 dans le cas des membres de la force régulière et de 1 p. 100 et de 2,9 p. 100 dans celui des réservistes. Les taux de prévalence équivalents dans le cas des troubles de panique sont de 2,2 p. 100 et de 5 p. 100 dans la force régulière et de 1,4 p. 100 et de 3,3 p.

²³³ Dr David Conn, coprésident, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, mémoire au Comité, 4 juin 2003, p. 4-6.

²³⁴ Société Alzheimer du Canada, mémoire au Comité, 4 juin 2003, p. 3.

²³⁵ Margaret Gibson, Department of Psychology, University of Western Ontario, mémoire au Comité, 4 juin 2003, p. 2.

²³⁶ Dr David Conn (4 juin 2003), p. 5.

²³⁷ Défense nationale, [Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les FC : Une « étape clé »](#), 2003.

100 chez les réservistes. Le taux de prévalence de l'alcoolisme sur un an est de 4,2 p. 100 et le taux sur une vie est de 8,5 p. 100 pour les forces régulières; ces taux sont respectivement de 6,2 p. 100 et de 8,8 p. 100 pour les réservistes.

5.1.5 EAF/SAF et diagnostics mixtes

La prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale et des effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) au Canada n'est pas parfaitement connue. Partant des taux de prévalence mondiaux, Santé Canada a estimé que quelque 341 901 personnes étaient atteintes du SAF/EAF au Canada en 2001. Les taux de prévalence de SAF/EAF dans certains groupes de la société, surtout chez les Autochtones, sont supérieurs à la moyenne nationale.²³⁸

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, on parle de diagnostic mixte dans le cas des personnes souffrant à la fois de maladies ou de troubles mentaux et de déficience développementale (qui a remplacé la « débilité mentale »). À cause de la difficulté que pose l'établissement d'un diagnostic de santé mentale chez les personnes souffrant de déficience développementale, il n'est pas rare que la faculté ne pose pas de diagnostics mixtes et que ces troubles concurrents ne soient pas traités. D'après les données disponibles, 1 à 3 p. 100 des Canadiens souffriraient de déficience mentale modérée à grave. Selon une estimation prudente, 30 p. 100 de ces personnes souffriraient aussi de maladie mentale; certains chercheurs estiment même que la prévalence pourrait être aussi élevée que 50 à 60 p. 100.²³⁹

Il naît tous les jours au Canada au moins un enfant souffrant du syndrome de l'alcoolisme fœtal, le SAF, incapacité qui se répercute sur l'enfant, sa famille et tous ceux qui l'entourent, pendant toute sa vie. Les TSAF sont la première cause d'anomalie congénitale et de retard de développement complètement évitable au Canada. C'est une maladie plus courante que le syndrome de Down.

[Pam Massad, Santé Canada (13:5)]

5.2 PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Un Canadien sur 25 commettra un tentative de suicide au cours de sa vie. [Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Université de la Colombie-Britannique, At-a-Glance Suicide Facts]

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, la notion de comportement suicidaire est assez large, puisqu'elle englobe le suicide réussi (décès par suicide), les tentatives de suicide (y compris les automutilations) et l'idée de suicide (pensées suicidaires). Le présent chapitre

On peut prévenir le suicide. C'est un geste, pas une maladie. [...] En outre, les tentatives de suicide, où le geste d'un individu n'a pas de conséquence fatale, sont comparables à la partie immergée et invisible de l'iceberg.

[Diane Yackel, Centre for Suicide Prevention, mémoire au Comité.]

²³⁸ Santé Canada, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, Mémoire au Comité, 30 avril 2003.

²³⁹ Association canadienne pour la santé mentale – Division de l'Ontario, *Dual Diagnosis: People with Developmental Disability and Mental Illness – Falling Through the Cracks*, feuillet d'information, 1998.

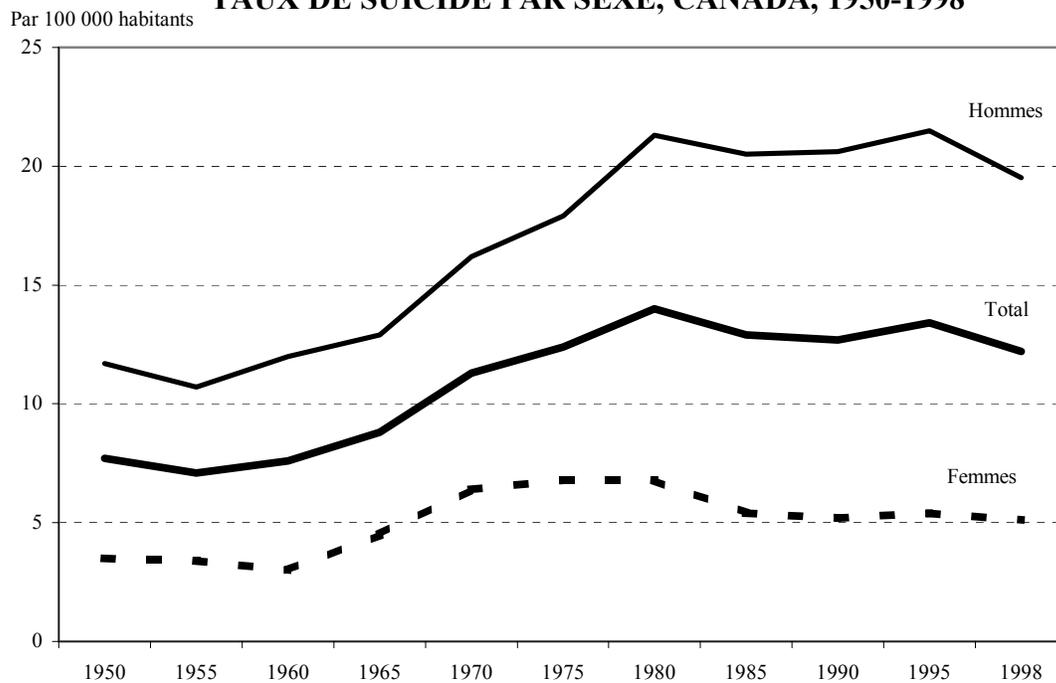
présente les données récentes sur la prévalence des comportements suicidaires au Canada et fournit quelques comparaisons internationales.

5.2.1 Les suicides réussis

Le graphique 5.3 révèle que le taux de suicide au Canada a progressé rapidement de 1950 au début des années 80, pour atteindre un sommet en 1983. Puis, le taux est demeuré relativement stable, enregistrant une légère baisse entre 1995 et 1998 (la dernière année pour laquelle des données existent).

**GRAPHIQUE 5.3 :
TAUX DE SUICIDE PAR SEXE, CANADA, 1950-1998**

**GRAPHIQUE 1 :
TAUX DE SUICIDE PAR SEXE, CANADA, 1950-1998**



Source : Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, mars 2004. Données de l'Organisation mondiale de la santé (2003).

En 1998, 3 699 Canadiens se sont ôté la vie, ce qui représente une moyenne de 10 suicides par jour. Le tableau 5.3 donne une répartition par groupe d'âge. Dans l'ensemble, les suicides réussis ont représenté 2 p. 100 de tous les décès au Canada en 1998.

À l'analyse de l'épidémiologie du suicide, force est de constater qu'il s'agit d'un phénomène important du point de vue de la santé publique. Il arrive au dixième rang des causes de décès des personnes de tous âges.

[Dr Gustavo Turecki, directeur, McGill Group for Suicide Studies, Université McGill]

TABLEAU 5.3

NOMBRE DE SUICIDES ET TAUX DE SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE, CANADA, 1998

GROUPE D'ÂGE	NOMBRE DE SUICIDES			TAUX DE SUICIDE (PAR 100 000 HABITANTS)		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
5-14	46	30	16	1,2	1,5	0,8
15-24	562	457	105	13,5	21,6	5,1
25-34	701	568	133	13,7	22,1	5,2
35-44	895	713	182	19,0	30,3	7,7
45-54	672	513	159	19,2	29,0	9,2
55-64	366	296	70	15,5	25,9	5,8
65-74	260	201	59	14,9	26,7	6,0
75+	197	147	50	16,5	31,6	6,9
TOTAL	3 699	2925	774	12,2	19,5	5,1

* Par 100 000 habitants.

Source : Organisation mondiale de la santé, *Suicide Prevention – Country Reports and Charts*, Genève, 2003.

Dans chaque groupe d'âge, le taux de suicide chez les hommes était environ quatre fois supérieur à celui enregistré chez les femmes (voir le graphique 5.4).

Selon Langlois et Morrison (2002), le suicide a été la principale cause de décès chez les hommes de 25 à 29 ans et de 40 à 44 ans ainsi que chez les femmes de 30 à 34 ans. Pour les trois groupes d'âge de 10 à 14, 15 à 19 et 20 à 24, il s'agissait de la seconde cause de décès chez les deux sexes, derrière les accidents de la route.²⁴⁰

Vous serez d'accord avec moi que de se donner la mort à 14 ou 15 ans, alors que des milliers voire des millions de personnes se battent tous les jours contre la mort, demeure paradoxal. Le suicide chez les jeunes Canadiens est un problème grave qui doit faire l'objet d'une action prioritaire.

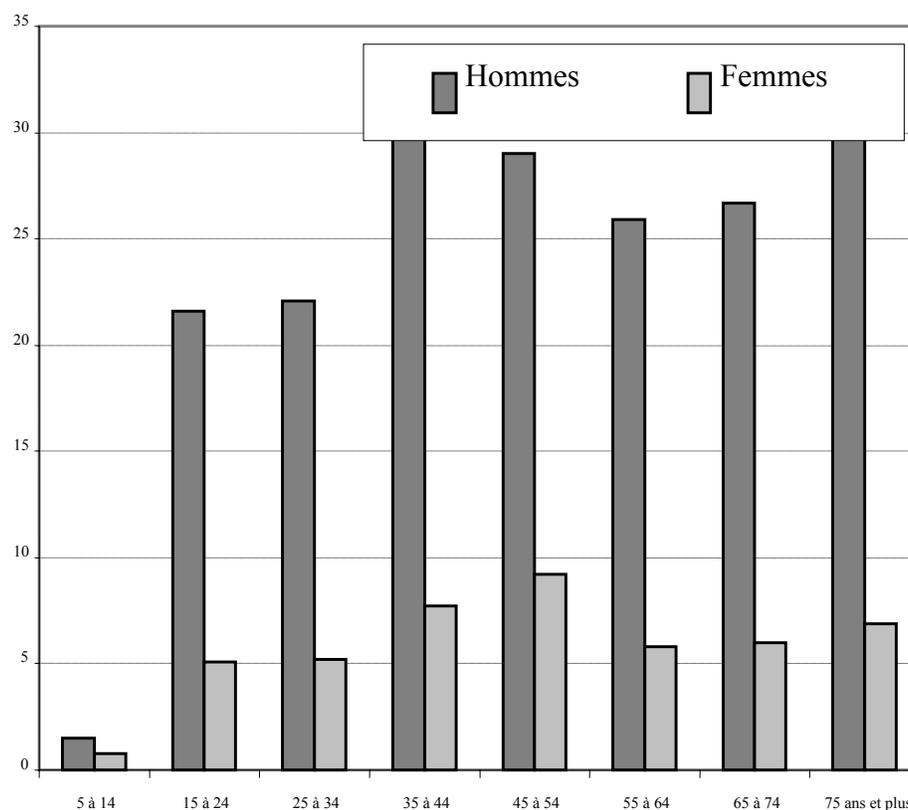
[D^{re} Johanne Renaud, Centre hospitalier Sainte-Justine (13:13-14)]

²⁴⁰ Stéphanie Langlois et Peter Morrison, « Suicides et tentatives de suicide », rapports sur la santé, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, vol. 13, n° 2, janvier 2002.

GRAPHIQUE 5.4

TAUX DE SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE, CANADA 1998

Par 100 000 habitants



Source : Direction des affaires économiques, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, mars 2004. Données provenant de l'Organisation mondiale de la santé (2003).

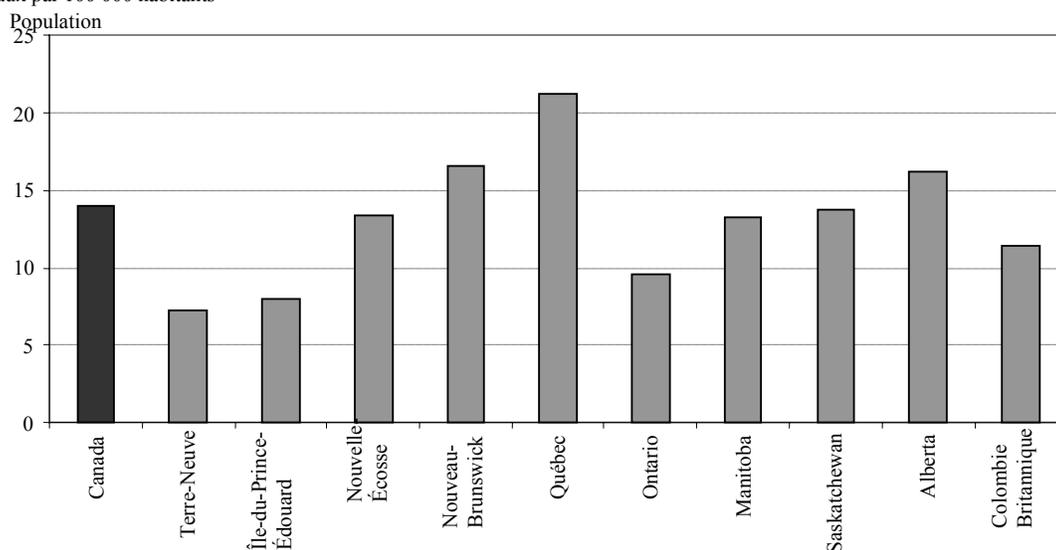
Langlois et Morrison (2002) ont également fait ressortir l'existence d'importants écarts d'une province à l'autre en matière de taux de suicide. Ainsi, en 1998, c'est le Québec qui a connu le plus important taux de suicide chez les 10 ans et plus (21,3 morts par suicide par 100 000 habitants),²⁴¹ soit nettement plus que la moyenne nationale de 14 décès par suicide pour 100 000 habitants. Le Nouveau-Brunswick et l'Alberta dépassent également la moyenne nationale avec respectivement 16,6 et 16,2 morts par suicide par 100 000 habitants. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario et la Colombie-Britannique présentent des taux de suicide nettement inférieurs à la moyenne nationale (voir le tableau 5.5).

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le taux de suicide au Canada (population en général) se situait au 9^e rang parmi ceux de 12 pays industrialisés (voir le graphique 5.6). Les taux comparatif de suicide (en fonction de l'âge) vont d'un faible 7,5 par 100 000 habitants au Royaume-Uni à un énorme 22,5 par 100 000 habitants en Finlande. Le taux de suicide au Canada (12,2 par 100 000 habitants) est plus élevé que celui aux États-Unis (10,7 par 100 000 habitants). Il faut noter que les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence car les méthodes d'attestation de décès varient d'un pays à l'autre.

²⁴¹ À l'exception des territoires.

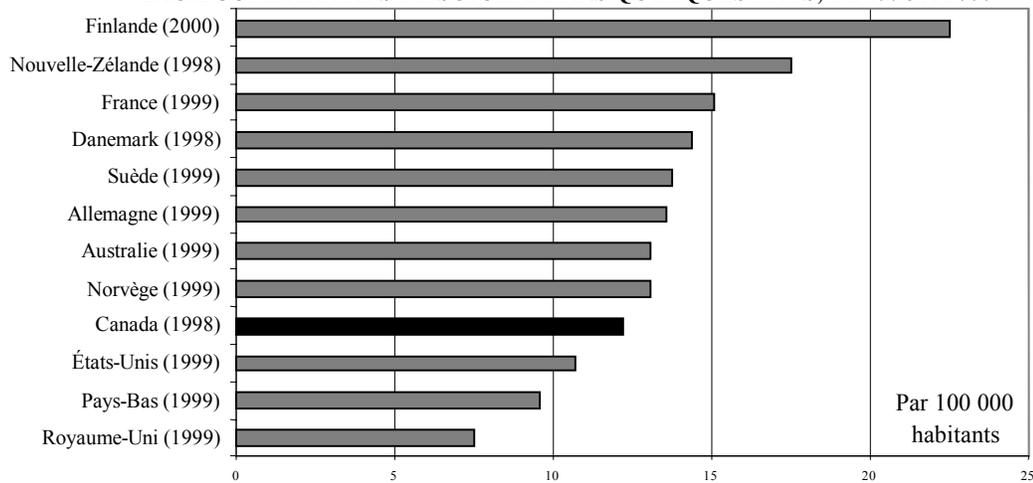
**GRAPHIQUE 5.5
TAUX DE SUICIDE COMPARATIF AU CANADA PAR PROVINCE, 1998**

Taux par 100 000 habitants



Source: Stéphanie Langlois et Peter Morrison, « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada n°82-003 au catalogue, vol. 13, n° 2, janvier 2002.

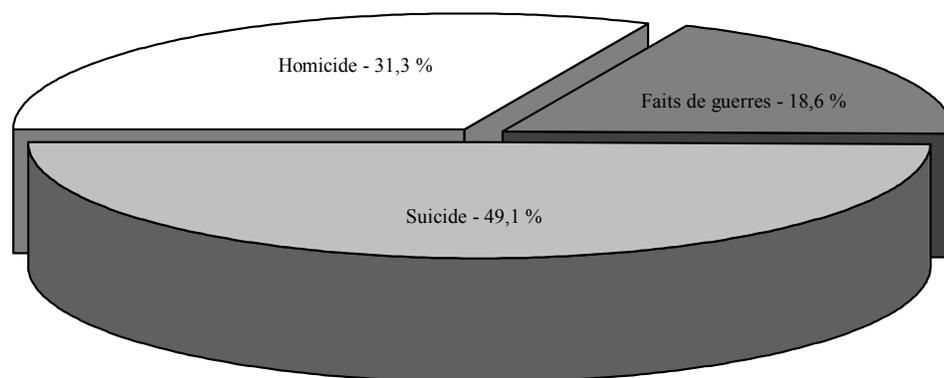
**GRAPHIQUE 5.6 :
TAUX COMPARATIFS DE SUICIDE DANS QUELQUES PAYS, DE 1998 À 2000**



Source : Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, mars 2004.
Données de l'Organisation mondiale de la santé (2003).

Selon les estimations de l'OMS, le suicide est la principale cause de morts violentes dans le monde, loin devant les homicides et les faits de guerre (voir graphique 5.7).

GRAPHIQUE 5.7 :
ESTIMATION DU NOMBRE DE MORTS VIOLENTES DANS LE MONDE, 2000



Source : Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, tableau 1.2, octobre 2002, p. 10.

5.2.2 Les tentatives de suicides

Nous savons que le nombre de tentatives de suicide dépasse celui de suicides réussis, mais il est difficile d'en déterminer le nombre exact. L'Organisation mondiale de la santé estime qu'il y a environ 20 tentatives pour chaque suicide réussi. Au Canada, le taux d'hospitalisation sert à calculer le nombre de tentatives de suicide.

En 1998-1999, on a recensé 23 225 hospitalisations de Canadiens âgés de 10 ans et plus reliées à des tentatives de suicide et à d'autres blessures infligées volontairement. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes était constamment supérieur à celui des hommes, sauf pour le groupe des 75 ans et plus (voir tableau 5.4). Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes atteignait un sommet chez les 15 à 19 ans. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes atteignait un sommet chez les 20 à 29 ans et chez les 30 à 44 ans. Les hospitalisations pour tentative de suicide étaient moins fréquentes dans les groupes d'âge plus vieux.

TABLEAU 5.4

**HOSPITALISATIONS APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE,
PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE, CANADA, 1998-1999**
(par 100 000 habitants)

GROUPE D'ÂGE	TOTAL	HOMMES	FEMMES
10 - 14	40,8	15,5	67,5
15 - 19	152,2	87,3	220,8
20 - 29	117,9	98,0	138,4
30 - 44	118,3	97,6	139,3
45 - 59	68,3	55,1	81,3
60 - 74	25,0	24,7	25,2
75 et plus	21,0	27,6	17,2

Source : Stéphanie Langlois et Peter Morrison. « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, vol. 13, n° 2, janvier 2002.

5.2.3 Les idées suicidaires

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) de Statistique Canada, environ 3,7 p. 100 des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont eu des idées suicidaires pendant l'année écoulée (voir le tableau 5.5). Les femmes y songeaient 5 p. 100 plus que les hommes (3,8 p. 100 contre 3,6 p. 100). Les idées suicidaires étaient trois fois plus fréquentes chez les Canadiens de 15 à 24 ans que chez ceux de 65 ans et plus (6,0 p. 100 contre 1,7 p. 100).

TABLEAU 5.5

**POURCENTAGE DE REpondants AYANT EU DES IDEES SUICIDAIRES
AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, 2002**

GROUPE D'ÂGE	IDÉES SUICIDAIRES (%)
Total, 15 ans et plus	3,7
Hommes	3,6
Femmes	3,8
15-24 ans	6,0
Hommes	4,7
Femmes	7,3
25-64 ans	3,6
Hommes	3,7
Femmes	3,4
65 ans et plus	1,7
Hommes	1,3
Femmes	n.d.

n.d. : Données non disponibles en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

Source : Division de l'économie, Service d'information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, mars 2004. À partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, santé mentale et bien-être, 2002.

5.3 GROUPES PARTICULIERS DE LA POPULATION : AUTOCHTONES, SANS-ABRI ET DÉTENUS

Bien que les troubles mentaux touchent les personnes de tous les sexes, de tous les âges et de toutes les cultures, dans tous les corps de métier, de tout niveau d'instruction et de revenu, il semble que leur prévalence est plus élevée dans certains segments de la population que dans d'autres. La présente section fournit des renseignements sur la prévalence des maladies mentales chez les peuples autochtones, les sans-abri et les détenus.

5.3.1 La population autochtone

Nous manquons beaucoup de renseignements sur l'éventail des problèmes de santé mentale (au sein de la population autochtone). À ce jour, aucune étude n'a vraiment utilisé des méthodes épidémiologiques psychiatriques récentes pour évaluer le taux des troubles mentaux dans les collectivités autochtones. Il y a, plutôt, des enquêtes sur la santé concernant la façon dont les gens comprennent leurs problèmes, leur expérience et ce qu'ils estiment être leurs problèmes essentiels. [Dr Laurence J. Kirmayer, département de psychiatrie, Université McGill, témoignages (9:41)]

Bien que les données sur la prévalence des troubles psychiatriques parmi les peuples autochtones soient particulièrement limitées, la documentation affirme en général que les collectivités autochtones connaissent des taux de maladies mentales, de toxicomanies et de comportements suicidaires nettement plus élevés que ceux de la population en général. Voici un résumé des principales études de cas et des constats pertinents en la matière.

- Dans son rapport daté de 2003 et intitulé *Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats*, la Fondation autochtone de guérison fait état de maladies mentales chez 125 des 127 personnes étudiées. Les troubles mentaux les plus répandus étaient le syndrome de stress post-traumatique (64,2 p. 100), les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (26,3 p. 100) et les épisodes dépressif majeur (21,1 p. 100). La moitié des personnes chez qui l'on avait diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique présentaient aussi une co-morbidité avec d'autres troubles mentaux, y compris les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (34,8 p. 100), la dépression majeure (30,4 p. 100) et le trouble dysthymique (26,1 p. 100).²⁴²
- Le rapport 2002 de Statistique Canada qui porte sur la santé des Autochtones vivant hors réserve révèle que cette population est 1,5 fois plus susceptible que la population non autochtone de subir un épisode dépressif majeur. Ainsi, 13 p. 100

²⁴² Fondation autochtone de guérison, [*Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats, collection recherche*](#), Ottawa, 2003.

environ des Autochtones résidant hors réserve ont vécu un épisode dépressif majeur dans les 12 mois ayant précédé la tenue de l'enquête, contre 7 p. 100 pour la population non autochtone, ce qui donne à penser que ceux et celles qui résident dans les régions urbaines peuvent se sentir aliénés, isolés, marginalisés et coupés de leur culture.²⁴³

- Le projet *Flower of the Two Soils* (1993) a consisté à étudier le lien existant entre rendement scolaire, les variables psycho-sociales et la santé mentale chez les enfants autochtones (âgés de 11 à 18 ans) habitant dans divers endroits dans l'ensemble des États-Unis et du Canada. Au Canada, ce sont certains coins du Manitoba et de la Colombie-Britannique qui ont été retenus. Les diagnostics les plus fréquents chez les répondants autochtones étaient les troubles de comportement perturbateur de l'ordre (22 p. 100) et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (18,4 p. 100), les troubles anxieux (17,4 p. 100), les troubles affectifs, notamment la dépression (9,3 p. 100), et le syndrome de stress post-traumatique (5 p. 100). Près de la moitié des enfants présentant des troubles du comportement et des troubles affectifs ont aussi déclaré avoir des troubles liés à la consommation de substances psychoactives.
- Les auteurs du *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones de 1996* ont constaté que le taux de suicide chez les Autochtones est à peu près trois fois plus élevé que celui de la population canadienne générale. Chez les jeunes autochtones, le suicide était de cinq à six fois plus fréquent que chez les jeunes non autochtones. La Commission a indiqué que le suicide était la principale cause de décès chez les hommes de 10 à 49 ans.²⁴⁴
- Une étude signée Chandler et Lalonde (1998) – réalisée auprès de 196 communautés autochtones en Colombie-Britannique sur une période de cinq ans – a révélé des écarts considérables d'une communauté à l'autre quant à la prévalence des comportements suicidaires. Celles qui disposaient d'une certaine mesure d'autonomie gouvernementale présentaient les taux de suicide les plus faibles. Les chercheurs ont constaté que les revendications foncières et le niveau d'instruction étaient respectivement le deuxième et le troisième facteurs en importance pour prédire les taux de suicide faibles dans les collectivités autochtones.²⁴⁵

Selon les spécialistes du domaine, si une grande partie des cas de maladie mentale, de toxicomanie et de comportement suicidaire dans les collectivités autochtones et non autochtones se ressemblent, il existe en plus dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui influent sur la prise de décision individuelle et sur les idées suicidaires. Parmi ces facteurs culturels, mentionnons les anciennes politiques gouvernementales, la création du système de réserves, le passage d'un mode de vie actif à un mode de vie sédentaire, les

²⁴³ Statistique Canada, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Le Quotidien*, 27 août 2002.

²⁴⁴ Commission royale sur les peuples autochtones, *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*, 1995.

²⁴⁵ J.J. Chandler et C. Lalonde, « Cultural Continuity as an Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2, 1998, p. 191-219.

répercussions des pensionnats, le racisme, la marginalisation et la projection d'une image de soi détériorée.²⁴⁶

5.3.2 Les sans-abri

Il est particulièrement difficile de mesurer la prévalence chez les sans-abri, ainsi que leurs caractéristiques personnelles et leur état de santé. Grâce à son projet *Pathways to Homelessness*, la ville de Toronto a cependant cherché à évaluer la prévalence des maladies mentales et de la toxicomanie dans ce groupe sur une période de 18 mois. Voici les principaux constats établis quant aux taux de prévalence sur une vie :

- Près de 66 p. 100 des sans-abri présentaient des diagnostics de maladie mentale pour la vie. Ce taux est deux à trois fois plus élevé que celui de la population en général.
- Près de 66 p. 100 des sans-abri présentaient des diagnostics de troubles liés à la consommation de substances psychoactives pour la vie (alcool, marijuana et cocaïne en particulier), taux qui sont quatre à cinq fois plus élevés que ceux de la population en général.
- Quelque 86 p. 100 des sans-abri présentaient, soit un diagnostic à vie de maladie mentale ou de consommation abusive de substances (ce qui est deux à trois fois plus que pour la population en général). Autrement dit, 14 p. 100 seulement des sans-abri ne présentaient aucun symptôme de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives.
- Quelque 75 p. 100 des sans-abri dans chaque catégorie de diagnostic de maladie mentale présentaient aussi des troubles liés à la consommation abusive de substances.
- Le taux de prévalence sur une vie des maladies mentales graves (troubles psychotiques, y compris la schizophrénie) était de 5,7 p. 100 et celui des troubles de l'humeur de 38 p. 100.
- Quelque 22 p. 100 des sans-abri ont indiqué souffrir d'une maladie mentale (4 p. 100) ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives (18 p. 100), raisons pour lesquelles ils s'étaient retrouvés dans la rue.
- Dans l'année qui a précédé immédiatement leur basculement au statut de sans-abri, 6 p. 100 des personnes concernées avaient fréquenté un établissement psychiatrique, 20 p. 100 avaient été traités pour troubles liés à la consommation de substances

(...) contrairement à ce que l'on est couramment porté à croire, seule une petite proportion de la population itinérante souffre de schizophrénie[...] les troubles affectifs [de l'humeur] étant beaucoup plus fréquents.

[Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri, mémoire au Comité, 29 avril 2004, p. 2.]

²⁴⁶ Laurence J. Kirmayer, Gregory M. Brass et Caroline L. Tait, «The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community», *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 45, septembre 2000, p. 607-616.

psychoactives, 25 p. 100 avaient reçu des services psychiatriques externes et 30 p. 100 avaient fréquenté les postes de police ou avaient été emprisonnés.²⁴⁷

Il demeure difficile d'établir un lien de cause à effet entre le statut de sans-abri et la maladie mentale ou la toxicomanie parce que les troubles mentaux peuvent conduire à l'itinérance, mais qu'ils peuvent aussi être provoqués par cette dernière à cause des répercussions traumatiques associées au fait de se retrouver dans la misère et de vivre dans la rue.

5.3.3 La population carcérale

Les recherches confirment que les personnes souffrant de troubles graves de santé mentale sont « trans-institutionnalisées » : les prisons canadiennes ont remplacé les ex-services ou hôpitaux psychiatriques.

[Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, juin 2003, p. 21.]

La population carcérale est un autre groupe où les maladies mentales et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives sont plus répandus que dans la population en général. Une étude réalisée par Boe et Vuong (2002) montre qu'entre 1997 et 2001 le pourcentage de primo-délinquants présentant un diagnostic de maladie mentale à leur admission dans un pénitencier fédéral est passé de 6 p. 100 à 8,5 p. 100, soit 40 p. 100 de plus. Durant la même période, le nombre de primo-délinquants à qui l'on a prescrit des médicaments en vue de traiter des troubles mentaux à leur admission a augmenté de 80 p. 100, pour passer de 10 p. 100 à 18 p. 100.²⁴⁸

Les données recueillies par Moloughney (2004) suggèrent qu'au moment de leur admission, une forte proportion de détenus présentent plus fréquemment des troubles liés à la consommation de substances psychoactives que des problèmes d'abus d'alcool (voir le tableau 5.6). Son étude fait ressortir qu'on diagnostique des troubles mentaux chez 3 p. 100 des détenus en moyenne au moment de leur arrivée, la proportion étant plus élevée chez les femmes (de 2,5 à 8,6 p. 100) que chez les hommes (de 1,4 à 3,3 p. 100). À l'occasion d'évaluations psychologiques, on a constaté qu'une moyenne de 7 p. 100 de tous les détenus exigeaient une attention immédiate.

Les données disponibles sur les délinquants souffrant de troubles mentaux font ressortir que, par rapport aux autres délinquants,

- ils courent plus de risque d'être arrêtés à cause de leur comportement
- ils sont plus susceptibles de tomber dans une alternance d'épisodes brefs et récurrents de rechute et de démêlés avec la justice
- ils sont présents dans le système correctionnel fédéral et dans celui des provinces, aussi bien que dans les services de psychiatrie médico-légale des réseaux provinciaux de la santé.

[Service correctionnel du Canada, mémoire au Comité, avril 2004, p. 3.]

²⁴⁷ Mental Health Policy Research Group, *Mental Illness and Pathways into Homelessness: Proceedings and Recommendations*, Toronto, 1998. Des constats semblables ont été dressés par Stephen W. Hwang, « Homelessness and Health », dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 2, p. 229-233, 23 janvier 2001.

²⁴⁸ Roger Boe et Ben Vuong, « Les tendances en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale », *FORUM, recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 2, mai 2002.

Quelque 31 p. 100 des détenues et 15 p. 100 des détenus ont fait état de troubles émotionnels ou de problèmes de santé mentale au moment de leur incarcération et 14 p. 100 de l'ensemble de la population carcérale ont reçu un traitement psychiatrique ou psychologique avant leur incarcération. Des proportions élevées de détenus (21 p. 100 de femmes et 14 p. 100 d'hommes) ont tenté de se suicider dans les cinq années ayant précédé leur incarcération.

Nous ne disposons d'aucune donnée provenant d'études nationales récentes sur les taux de prévalence de certains troubles mentaux chez les détenus des institutions fédérales. Les dernières données disponibles remontent à 1988 dans le cas des hommes et à 1989 dans celui des femmes (voir le tableau 5.7). Ces dernières présentaient une prévalence légèrement plus élevée pour l'ensemble des troubles mentaux que les hommes, à l'exception des troubles de personnalité antisociale.

TABLEAU 5.6

PROPORTION DE DÉTENUS PRÉSENTANTS DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE AU MOMENT DE LEUR INCARCÉRATION, 2002

	HOMMES			FEMMES		
	Min.	Moyen	Max.	Min.	Moyen	Max.
Abus d'alcool	34,3	45,8	42,1	29,3	49,4	69,6
Abus de drogues	36,4	51,2	51,4	40,1	67,5	78,3
Troubles mentaux	1,4	2,9	3,3	2,5	4,4	8,6
Troubles mentaux/émotionnels exigeant une attention immédiate	4,4	7,3	7,6	6,8	15,4	17,1
Déclaration de troubles mentaux ou émotionnels	11,4	15,7	13,6	17,08	40,4	37,1
Intervention ou hospitalisation récente relative à des troubles mentaux	10,6	14,5	15,3	12,2	24,7	19,6
Signes de dépression apparents	9,0	9,7	9,4	8,8	16,2	2,2
Tentative(s) de suicide passée(s)	9,5	14,5	16,4	10,9	23,4	41,3
État suicidaire possible	3,4	5,2	5,5	2,7	5,8	6,5

Remarque : « Min. », « Moyen » et « Max. » représentent le degré de sécurité carcérale (minimum, moyen et maximum).

Source : Brent Moloughney, « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, supplément 1, mars-avril 2004, p. S37.

TABLEAU 5.7**PRÉVALENCE SUR UNE VIE (%) DES TROUBLES MENTAUX
PARMI LES DÉTENUS FÉDÉRAUX, CANADA**

TROUBLES	HOMMES (1988)	FEMMES (1989)
Dépression majeure	13,6	32,9
Anxiété générale	31,9	19,7
Troubles de dysfonctionnement psychologique	19,6	34,2
Troubles de personnalité antisociale	57,2	36,8
Consommation/dépendance d'alcool	47,4	63,2
Consommation/dépendance de drogue	41,6	50,0

Source : Service correctionnel du Canada, mémoire au Comité, avril 2004, p. 9.

Aucune étude n'a été entreprise en vue de déterminer si le taux de prévalence des maladies mentales et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives chez les détenus fédéraux a évolué dans le temps. Des responsables du Service correctionnel du Canada estiment toutefois que, d'après les tendances actuelles, le pourcentage de détenus fédéraux souffrant de problèmes et de troubles de santé mentale est en augmentation, même si le nombre d'incarcérations et les effectifs de la population carcérale sont en baisse.²⁴⁹

5.4 FARDEAU ÉCONOMIQUE DES MALADIES MENTALES, DE LA TOXICOMANIE ET DU SUICIDE

5.4.1 Le coût des maladies mentales

Stephens et Joubert (2001) ont évalué à 14,4 milliards de dollars le fardeau économique des maladies mentales au Canada en 1998 (les troubles liés à la consommation de substances psychoactives étaient exclus de leur étude); les coûts directs en soins de santé étaient de 6,3 milliards de dollars et les coûts indirects reliés à la perte de productivité et à des décès prématurés atteignaient 8,1 milliards de dollars.²⁵⁰ Le tableau 5.8 présente l'importance relative des principaux éléments de coût. Les soins en milieu hospitalier sont, de loin, les coûts indirects les plus importants, avec 3,9 milliards de dollars, soit 26,9 p. 100 du fardeau que représentent les maladies mentales.

²⁴⁹ Service correctionnel du Canada, mémoire au Comité, avril 2004, p. 13.

²⁵⁰ Thomas Stephens et Natacha Joubert, « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale », *Les maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, 2001.

TABLEAU 5.8

FARDEAU ÉCONOMIQUE DES MALADIES MENTALES AU CANADA, 1998

Élément de coût	En million de dollars	Pourcentage du total
Coûts directs (soins de santé) ⁽¹⁾:	6 257	43,5
▪ Médicaments	642	4,5
▪ Médecins	854	5,9
▪ Hôpitaux	3 874	26,9
▪ Autres établissements de soins de santé	887	6,2
Coûts indirects (productivité faible):	8 132	56,5
▪ Invalidité à court terme ⁽²⁾	6 024	40,6
▪ Invalidité à long terme	1 708	11,9
▪ Mort prématurée	400	2,7
Total	14 389	100,0

(1) Cette catégorie comprend aussi les coûts de 278 millions de dollars en services professionnels (travailleurs sociaux et psychologues) occasionnés par les dépressions ou les cas de détresse.

(2) Attribuable uniquement à la dépression et à la détresse.

Source : Thomas Stephens et Natacha Joubert, « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale », *Les maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, 2001.

Le principal élément de coûts indirects est l'invalidité à court terme que les auteurs chiffrent à 6 milliards de dollars, soit quelque 40,6 p. 100 du fardeau économique total. Ils précisent que les résultats de leur étude sous-estiment l'ampleur de la situation à cause des limites que comportent leurs données (seules la dépression et la détresse ont été incluses dans cette enquête).

En 1998, les maladies mentales représentaient 4,9 p. 100 des coûts d'ensemble (directs et indirects) de la maladie au Canada. Ils se classaient ainsi au septième rang de toutes les maladies, derrière les maladies cardiovasculaires (11,6 p. 100), les maladies de l'appareil musculo-squelettique (10,3 p. 100), les cancers (8,9 p. 100), les blessures (8 p. 100), les maladies respiratoires (5,4 p. 100) et les maladies du système nerveux (5,2 p. 100).²⁵¹ La même année, les maladies mentales sont arrivées au second rang derrière les maladies cardiovasculaires sur le plan des coûts directs de soins de santé.²⁵² Pour ce qui est des coûts indirects, elles étaient au quatrième rang des principales causes d'invalidité à long terme, derrière les maladies de l'appareil musculo-squelettique, les maladies du système nerveux et les maladies cardiovasculaires.²⁵³

Une étude conjointe réalisée par l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et l'Université Harvard – *La charge mondiale de morbidité* – a estimé que la maladie mentale, suicide y compris, représentait 10,5 p. 100 du fardeau économique total des maladies dans le monde.

²⁵¹ Santé Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, gouvernement du Canada, 2002.

²⁵² *Ibid.*

²⁵³ *Ibid.*

Selon les chercheurs, cette proportion pourrait atteindre près de 15 p. 100 en 2020.²⁵⁴ Les chercheurs ont élaboré un indice unique pour permettre la comparaison du fardeau que représente la maladie pour différentes morbidités. Cet indice, connu sous le nom de *Années de vie corrigées de l'incapacité* (AVCI), désigne le nombre d'années passées sans incapacité et avant un décès prématuré. L'étude a révélé que la dépression majeure unipolaire arrive tout de suite derrière les cardiopathies ischémiques en termes d'AVCI dans les économies de marché établies. Les maladies cardiovasculaires et l'alcoolisme se classent respectivement en troisième et quatrième place en tant que principales causes d'AVCI. La schizophrénie, les troubles affectifs bipolaires, les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles de panique et les troubles de stress post-traumatique contribuent aussi énormément au fardeau total de la maladie exprimée en AVCI.²⁵⁵

Dans son rapport de 2001, l'OMS souligne que le fardeau économique de la maladie mentale a des répercussions importantes, durables et marquées, répercussions qui demeurent tout de même largement sous-estimées. Le fardeau pour les familles de personnes souffrant d'une maladie mentale est à la fois important et varié : aux difficultés financières s'ajoutent la charge émotionnelle de la maladie, le stress dû au comportement perturbé du malade, le dérèglement de la vie de famille au quotidien et les entraves à la vie sociale.²⁵⁶

5.4.2 Le coût de la consommation abusive de substances

En 1992, on estimait à 7,5 milliards de dollars au Canada les coûts totaux (directs et indirects) de l'abus d'alcool, tandis que ceux associés à la consommation de drogues illicites atteignaient quelque 1,2 milliard de dollars (voir le tableau 5.9). Les coûts économiques les plus importants associés à l'abus d'alcool se répartissaient ainsi : 4,1 milliards de dollars au titre de la perte de productivité due aux maladies et aux décès prématurés, 1,4 milliard de dollars pour l'application des lois et 1,3 milliard de dollars en coûts indirects de soins de santé. Dans la même veine, les coûts les plus importants associés à l'abus de drogues illicites étaient la perte de productivité due à la maladie et au décès prématuré (823 millions de dollars), devant l'application des lois (400 millions de dollars) et les coûts directs en soins de santé (88 millions de dollars).

²⁵⁴ Le National Institute of Mental Health a fort bien synthétisé les informations existantes sur le fardeau de la maladie dans le monde, dans *The Impact of Mental Illness on Society*, janvier 2001. Ce feuillet d'information est accessible à l'adresse www.nimh.nih.gov.

²⁵⁵ *Ibid.*

²⁵⁶ OMS (2001), p. 24-25.

TABLEAU 5.9

LE COÛT DE L'ABUS D'ALCOOL ET DE DROGUES ILLICITES AU CANADA,
1992

	ALCOOL	DROGUES ILLICITES	TOTAL
Millions de dollars			
Coûts directs:	3 385,6	547,9	3 933,5
Soins de santé	1 300,6	88,0	1 388,6
Milieu de travail (ex. : PAE)	14,2	5,5	19,7
Programmes sociaux	52,3	1,5	53,8
Prévention et recherche	141,4	41,9	183,3
Application des lois	1 359,1	400,3	1 759,4
Autres coûts	518,0	10,7	528,7
Coûts indirects (perte de productivité due à)::	4 136,5	823,1	4 959,6
La morbidité	1 397,7	275,7	1 673,4
La mortalité	2 738,8	547,4	3 286,2
TOTAL	7 522,1	1 371,0	8 893,1

Source : Eric Shingle, Linda Robson, Xiaodi Xie, Jurgen Rehm *et. al.*, *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996 (<http://www.ccsa.ca/>).

5.4.3 Les coûts du suicide

Jusqu'à présent, nous ne disposons d'aucune donnée sur les coûts économiques que représentent les morts par suicide, bien qu'une étude réalisée en 1996 au Nouveau-Brunswick ait évalué à quelque 850 000 \$ les coûts moyens de chaque mort par suicide (coûts directs et indirects).²⁵⁷

5.5 OBSERVATIONS DU COMITÉ

On ne dispose actuellement pas de données récentes sur la prévalence et l'incidence de la maladie mentale au Canada qui permettraient de mesurer l'état de santé mentale des Canadiens et de contribuer à l'évaluation des politiques, des programmes et des services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Cette situation constitue un sérieux obstacle pour qui veut établir le besoin et la prestation de traitements et de services appropriés. La publication récente par Statistique Canada de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) a contribué à régler en partie cette situation en fournissant, pour la première fois, un ensemble de données sur certaines maladies mentales, sur les troubles de consommation de substances psychoactives et sur le jeu. Le Comité estime cependant qu'il conviendrait de répéter cette enquête prochainement et d'en élargir la portée à davantage de troubles. Nous estimons, par ailleurs, qu'il conviendrait de réaliser une étude nationale, un peu comme celle prévue en Australie, pour évaluer les taux de prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.

²⁵⁷ Dale Clayton et Alberto Barceló, « Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 2, 1999, p. 89-93.

Le fardeau économique de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire est énorme. De toute évidence, les gouvernements devront prendre les mesures nécessaires pour contenir ou réduire ce genre de fardeau. Le Comité rejoint la Société canadienne de psychologie pour affirmer que la santé mentale est tout aussi fondamentale à une société saine que la santé physique. Nous croyons que le temps est venu d'adopter des politiques et des programmes en santé mentale et en toxicomanie qui traduisent le fardeau social et financier que représentent ces affections pour la société canadienne.

Les coûts indirects attribuables à la maladie mentale et à la toxicomanie – absentéisme et perte de productivité – sont loin d'être négligeables et ils exercent d'importantes pressions sur le milieu de travail. Par rapport aux autres maladies, les coûts indirects des troubles mentaux semblent être plus élevés que les coûts directs en soins de santé qui y sont associés. Dans le chapitre suivant, nous examinerons la prévalence et les conséquences de la maladie mentale et de la toxicomanie en milieu de travail.

La santé mentale est au coeur d'une société saine. La prévention et le traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie exigent la même attention et le même niveau de ressources que n'importe quelles autres maladies au regard de leur prévalence, du fardeau qu'elles représentent et des résultats de la recherche.

[Société canadienne de psychologie, mémoire, 2003, p. 12]

CHAPITRE 6: MALADIE MENTALE, TOXICOMANIE ET TRAVAIL

Les effets de la santé mentale ne sont pas seulement mentaux. [...] Ce qui est bon pour la santé mentale d'une personne est bon pour le rendement de l'entreprise.
[Professeur E. Kevin Kelloway, Université Saint Mary's, Halifax]²⁵⁸

INTRODUCTION

Le lien entre la santé mentale, la toxicomanie et le travail ne peut pas être qualifié de bidirectionnel. D'une part, la maladie mentale et la toxicomanie sont une grande cause d'absentéisme au travail, de mauvais rendement, de roulement du personnel et de baisse de la productivité. De l'autre, le milieu de travail peut être une grande cause de stress, qui influe sur la santé mentale et le rendement au travail. Certaines formes de stress professionnel peuvent même déclencher des maladies mentales ou des troubles liés à l'usage de substances psychoactives ou les deux.

Quel que soit le sens de la causalité entre la maladie mentale et le travail, les témoins qui ont comparu devant le Comité s'entendent généralement pour dire que le milieu de travail constitue un environnement crucial pour la promotion de la santé mentale, le dépistage précoce de la maladie mentale et de la toxicomanie, ainsi que les mesures

Les employeurs ont directement intérêt à appuyer un bon régime de santé mentale en raison de l'absentéisme, de la perte de productivité et des pertes financières.

[Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell, (18:9)]

d'adaptation et l'intégration des employés souffrant d'un trouble mental. Ces caractéristiques d'un milieu de travail en santé profiteront non seulement aux employés et aux employeurs mais aussi à la société dans son ensemble en augmentant la productivité du Canada et en réduisant le fardeau économique de la maladie mentale.

Le présent chapitre contient neuf sections. La section 6.1 décrit brièvement les avantages de l'emploi et les conséquences du chômage pour les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie. La section 6.2 résume l'information existante sur la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie en milieu de travail. La section 6.3 présente quelques données sur le coût de la maladie mentale et de la toxicomanie dans le milieu de travail. La section 6.4 examine la question de l'invalidité attribuable à la maladie mentale et à la toxicomanie. La section 6.5 décrit le rôle des employeurs en ce qui concerne les programmes d'aide aux employés et les mesures d'adaptation en faveur des travailleurs atteints d'une maladie mentale. La section 6.6 résume les témoignages entendus par le Comité au sujet du rôle joué par les gouvernements pour réduire le coût économique de la maladie mentale et de la toxicomanie dans le milieu de travail. La section 6.7 fournit quelques renseignements sur les

²⁵⁸ E. Kevin Kelloway, Ph.D., professeur de gestion et psychologie, Université Saint Mary's (Halifax, Nouvelle-Écosse), mémoire au Comité, 2004.

entreprises créées et dirigées par des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. La section 6.8 analyse le besoin d'un programme de recherche sur la maladie mentale, la toxicomanie et le travail. La section 6.9 présente les commentaires du Comité.

6.1 LES AVANTAGES DE L'EMPLOI

Récemment, M^{me} Heather Stuart, professeure au Département de santé communautaire et d'épidémiologie à l'Université Queen's, a indiqué éloquemment :

*... aucune activité ne donne davantage le sentiment d'identité que le travail. Le travail influe sur le mode de vie et le lieu où l'on vit, favorise les contacts sociaux et le soutien social et procure un rang et une identité sociale.*²⁵⁹

Pour les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, l'emploi constitue un important facteur de rétablissement. Il peut contribuer au rétablissement et réduire la fréquence et la gravité des épisodes de maladie aiguë en donnant une structure, la possibilité d'interactions sociales et une vie mieux remplie. Par une rémunération régulière, l'emploi peut mettre fin à la dépendance envers l'aide sociale ou réduire cette dépendance et diminuer le besoin de services et moyens de soutien en santé mentale.

En revanche, la perte ou l'absence d'un emploi à cause d'une maladie mentale peut nuire au rétablissement. Le revenu et le niveau de vie diminuent, ce qui crée une dépendance économique et affaiblit l'estime de soi. Il y a également une disparition des contacts personnels avec les collègues de travail, une marginalisation sociale et une modification des rapports avec la famille et les amis.

De nombreuses personnes atteintes de maladie mentale réussissent dans leur travail sans aucune aide particulière. Les progrès récents des traitements et de la pharmacothérapie les rendent davantage en mesure de s'intégrer dans la société et de mener une vie indépendante. Celles qui travaillent contribuent à la productivité et à la compétitivité du Canada. D'autres ont cependant besoin d'aide pour trouver et garder un emploi. Dans ce contexte, la question de la maladie mentale, de la toxicomanie et du travail peut être explorée à partir de trois points de vue différents. Le premier examine les moyens de rendre l'emploi accessible à ceux qui n'ont jamais travaillé. Le deuxième insiste sur la maladie mentale et la toxicomanie qui peuvent frapper des personnes occupant déjà un emploi. Le troisième porte sur ceux qui ont perdu leur emploi à cause d'une maladie mentale ou de la toxicomanie et qui souhaitent réintégrer le marché du travail.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, les troubles mentaux ont tendance à se déclencher à la fin de l'adolescence ou au début de la vie adulte, à un moment où les études et la formation ne sont pas encore terminées. Le processus de préparation à l'emploi est interrompu et, bien souvent, il ne redémarre jamais. Les jeunes touchés sont très

²⁵⁹ Heather Stuart, *Stigma and Work*, document de travail commandé pour l'atelier appuyé par l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche en santé du Canada, avril 2004, p. 80.

désavantagés; l'absence de compétences et de qualifications constitue un important obstacle à leur emploi futur.

Pour ceux qui trouvent du travail, les périodes de retrait de la population active à cause de leur maladie mentale, malgré leur capacité de fonctionner correctement, les empêche souvent de réintégrer le marché du travail. Trois grands obstacles s'appliquent dans ce cas. Premièrement, les personnes visées peuvent faire l'objet de discrimination de la part de leur employeur ou de leurs collègues, ou des deux. Deuxièmement, elles peuvent avoir besoin d'un assouplissement de leurs conditions de travail que les employeurs hésitent à accorder ou ne savent pas comment accorder. Troisièmement, ceux qui se sont retrouvés hors du marché du travail pendant de longues périodes ne possèdent probablement pas le type de compétences, de qualifications et d'expérience de travail qui les rendrait intéressants pour les employeurs.

Le Comité a appris que les taux de chômage chez les personnes atteintes de maladie mentale sont inacceptables. Les études internationales semblent indiquer que le taux de chômage des personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante se situe aux alentours de 90 p. 100. Il contraste avec le taux de chômage d'environ 50 p. 100 chez les personnes qui ont un handicap physique ou sensoriel. Autrement dit, seulement 10 p. 100 des personnes ayant un trouble mental grave et souhaitant travailler sont jugées capables de le faire et travaillent effectivement.²⁶⁰

Au Canada, une brochure de l'Association des psychiatres du Canada révèle que les personnes atteintes d'une maladie mentale courent plus de risque de se retrouver au chômage à long terme, d'être sous-employé ou de recourir à l'aide sociale. L'Association croit que, parmi toutes les personnes atteintes d'une incapacité, les victimes de maladies mentales sont celles qui se heurtent le plus à la stigmatisation et aux obstacles dans leur carrière.²⁶¹ Le chômage pose un grand problème : plus on est sans emploi pendant longtemps, moins on a de chances de mener à nouveau une vie professionnelle productive. Les statistiques montrent qu'après six mois de congé pour invalidité, on a 50 p. 100 de chance de retourner sur le marché du travail; ces probabilités ne sont plus que de 20 p. 100 après un an et de 10 p. 100 après deux ans²⁶².

Deux principaux facteurs rendent la maladie mentale particulièrement problématique en milieu de travail. Premièrement, la maladie mentale frappe habituellement les jeunes travailleurs. Deuxièmement, de nombreuses maladies mentales sont à la fois chroniques et cycliques et exigent donc des traitements périodiques pendant de nombreuses années. Les employeurs et le gouvernement ont un rôle vital à jouer pour résoudre les problèmes de maladie mentale et de toxicomanie en milieu de travail, notamment par des mesures d'adaptation, des programmes de retour au travail et la gestion de l'invalidité.

²⁶⁰ Gaston Harnois et Phyllis Gabriel (2000), *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*, publication conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation internationale du travail, Genève, 2000, p. 19.

²⁶¹ Association des psychiatres du Canada, *La maladie mentale et le travail*, http://www.cpa-apc.org/MIAW/pamphlets/Work_fr.asp, brochure affichée sur Internet (consultée le 15 juin 2004).

²⁶² Ontario Medical Association, *Mental Illness and Workplace Absenteeism: Exploring Risk Factors and Effective Return to Work Strategies*, avril 2002.

Loin de l'idée des membres du Comité de sous-entendre qu'il s'agit là d'une tâche aisée ou peu coûteuse pour les employeurs du secteur privé ou pour les gouvernements.

6.2 PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE DANS LE MILIEU DE TRAVAIL

Il n'y a actuellement pas au Canada de source unique de renseignements complets et exacts sur la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie en milieu de travail. Mais l'analyse de la documentation existante donne une idée de l'ampleur du problème :

- La toxicomanie (alcoolisme et abus de substances) préoccupe gravement dans le secteur manufacturier canadien. Le taux de toxicomanie chez les employés de ce secteur est évalué à presque le double de la moyenne nationale; il pourrait être fortement sous-évalué puisqu'il arrive souvent que la toxicomanie en milieu de travail ne soit pas signalée. Les niveaux d'anxiété et de colère ont nettement augmenté parmi les employés du secteur de la fabrication au cours des trois dernières années. Une enquête a révélé que les troubles de l'anxiété dans le secteur de la fabrication sont plus fréquents dans les populations majoritairement masculines au sein desquelles les problèmes de toxicomanie sont également présents.²⁶³
- Par rapport à la moyenne nationale, les taux de dépression et d'anxiété sont élevés dans le secteur des technologies de l'information. Les taux de dépression varient grandement d'une année à l'autre, ce qui témoigne de l'instabilité du secteur de la technologie.²⁶⁴
- Certains groupes de la population active semblent plus vulnérables à la maladie mentale et à la toxicomanie, soit les hommes et les femmes dans la force de l'âge (entre la 10^e et la 14^e année de service chez le même employeur) et les nouveaux venus sur le marché du travail.²⁶⁵
- Une enquête récente indique que le personnel hospitalier accède de plus en plus aux programmes d'aide aux employés. Le personnel hospitalier est exposé progressivement à un niveau de stress plus élevé que dans les autres secteurs. Cela pourrait s'expliquer en partie par la restructuration des hôpitaux, les réductions d'effectifs et les pénuries de ressources humaines. Traiter le stress dans le secteur hospitalier est peut-être plus important que dans d'autres secteurs car, dans les soins

²⁶³ D'après un échantillon de 136 entreprises comptant 54 050 employés. Données tirées de Les Consultants Warren Shepell, *Analyse du secteur : Les tendances en matière de santé organisationnelle et de mieux-être dans le secteur de la fabrication*, mars 2003 (affiché sur www.warrenshepell.com). <http://www.warrenshepell.com/francais/recherche/recherche.asp#>

²⁶⁴ D'après un échantillon de 153 organisations comptant 86 000 employés au Canada. Données tirées de Les Consultants Warren Shepell, *Analyse du secteur : Les tendances en matière de santé organisationnelle et de mieux-être dans le secteur de la technologie*, février 2003 (affiché sur www.warrenshepell.com). <http://www.warrenshepell.com/francais/recherche/recherche.asp#>

²⁶⁵ Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, *Roundtable Roadmap to Mental Disability Management in 2004-2005*, 25 juin 2004, p. 4.

- aux malades, les erreurs liées au stress peuvent avoir des conséquences très négatives sur les patients.²⁶⁶
- De même, un sondage mené par l'Association médicale canadienne en 2003 a établi que le stress et l'insatisfaction sont à la hausse chez les médecins. Plus précisément, le sondage a révélé que 45,7 p. 100 des médecins sont en état d'épuisement avancé. De plus, les femmes médecins semblent plus exposées au suicide que la population en général.²⁶⁷
 - Par rapport aux autres secteurs, les travailleurs des secteurs du commerce de détail et de l'hôtellerie sont confrontés à des facteurs de stress particuliers dans leur environnement de travail, notamment l'incidence et les risques de vol à main armée. L'incidence de la violence familiale dans le secteur du commerce de détail serait plus du double de la moyenne nationale. Les symptômes de stress et de dépression déclarés par le personnel des secteurs du commerce de détail et de l'hôtellerie sont plus importants que chez les employés de la plupart des autres secteurs. Le personnel du secteur de l'hôtellerie fait un plus grand usage de substances, y compris l'alcool et le tabac, que le personnel d'autres secteurs, et l'incidence du stress et de l'anxiété est plus élevée.²⁶⁸
 - L'Association du Barreau canadien a signalé des taux alarmants et croissants de dépression et de toxicomanie chez les avocats. Le taux d'alcoolisme est trois fois plus élevé que dans la population en général. Il semblerait que les heures de travail excessives, la concurrence effrénée et les pressions insistantes des cabinets en vue d'accroître les heures facturables contribuent grandement à ces problèmes.²⁶⁹
 - Dans l'ensemble de la population active canadienne, environ 3,5 p. 100 des femmes et 3,0 p. 100 des hommes signalent une détresse psychologique (définie comme la dépression et l'anxiété). La détresse psychologique a tendance à être plus grande chez les travailleurs dont les emplois sont très exigeants mais qui ont peu de latitude pour prendre des décisions. Environ 40 p. 100 des travailleurs dans ces types d'emplois ont affiché des niveaux de détresse psychologique plus élevés (voir le tableau 6.1 ci-dessous).²⁷⁰

²⁶⁶ Les Consultants Warren Shepell, *Analyse du secteur : Les tendances en matière de santé organisationnelle et de mieux-être dans le secteur hospitalier*, hiver 2004 (affiché sur www.warrenshepell.com). <http://www.warrenshepell.com/research/latest.asp#>

²⁶⁷ Dr Sunil V. Patel, président, Association médicale canadienne, mémoire au Comité, 31 mars 2004, p. 4.

²⁶⁸ Les Consultants Warren Shepell, *Analyse du secteur : Les tendances en matière de santé organisationnelle et de mieux-être dans les secteurs du commerce de détail et de l'hôtellerie*, hiver 2004 (affiché sur <http://www.warrenshepell.com/research/latest.asp#>).

²⁶⁹ Bill Wilkerson, *Since September 11th – The Business State of Mind: Mental Health in the Knowledge Economy*, allocution à la conférence « Beyond Awareness » (A Campaign to Reduce the Stigma of Mental Illness), 6 février 2002, p. 7.

²⁷⁰ Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé » *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, n° au catalogue 82-003, hiver 1998, vol. 10, n°. 3, p. 52-53.

TABLEAU 6.1

**POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS CANADIENS SIGNALANT UNE
DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ÉLEVÉE,
EN FONCTION DE LA LATITUDE DANS LES DÉCISIONS
PROFESSIONNELLES ET LES EXIGENCES DU TRAVAIL**

EXIGENCES DU TRAVAIL	LATITUDE DANS LES DÉCISIONS PROFESSIONNELLES			
	Grande	Moyenne	Faible	Très faible
Élevées	27	33	33	40
Modérées	24	26	30	35
Faibles	19	20	21	30
Très faibles	16	18	22	20

Source : Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé » [Rapports sur la santé](#), Statistique Canada, n° au catalogue 82-003, hiver 1998, vol. 10, n° 3, p. 52.

- Au Québec, une étude menée en 2001 par Renée Bourbonnais et ses collègues a révélé que les personnes qui subissent un stress professionnel risquent deux fois plus que les autres d'avoir une maladie mentale (23 p. 100 au lieu de 11 p. 100 chez les hommes et 30 p. 100 au lieu de 15 p. 100 chez les femmes).²⁷¹
- Le stress professionnel ainsi que les conflits liés au travail et le harcèlement comptent parmi les huit principales raisons pour lesquelles les employés canadiens demandent de l'aide dans le cadre des programmes d'aide aux employés (PAE). Le stress lié à des problèmes professionnels représente environ 40 p. 100 de tous les dossiers des PAE. Le pourcentage d'employés qui demandent de l'aide à cause de conflits liés au travail est passé de 23 p. 100 en 1999 à près de 30 p. 100 en 2001. Le nombre d'employés qui demandent de l'aide à cause de harcèlement a presque triplé de 1999 à 2001.²⁷²
- Aux États-Unis, 40 p. 100 des dossiers des PAE dans plusieurs entreprises de pointe se rapportent à des symptômes de dépression.²⁷³

6.3 COÛTS ET CONSÉQUENCES DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE EN MILIEU DE TRAVAIL

Sur le marché du travail, la productivité peut être reliée à la notion d'invalidité. Plus précisément, moins le travailleur est invalide, plus il est productif et *vive versa*. La productivité dépend du présentisme (jours pendant lesquels le travailleur est présent au travail, mais ne

²⁷¹ Renée Bourbonnais, Brigitte Larocque, Chantal Brisson et Michel Vézina, « [Contraintes psychosociales du travail](#) », dans *Portrait Social du Québec*, Institut de la Statistique du Québec, 2001, p. 267-277.

²⁷² Les Consultants Warren Shepell, [Workplace Trends Linked to Mental Health Crisis in Canada](#), communiqué, 15 novembre 2002.

²⁷³ Bill Wilkerson, [A Business Charter for Mental Health an Addiction in the Knowledge Economy](#), allocution devant l'Ontario Public Service Commission and Management Board, 25 septembre 2002, Toronto, p. 9.

donne pas son rendement maximal) et de l'absentéisme (jours pendant lesquels l'employé ne se présente pas au travail).

La maladie mentale et la toxicomanie comptent parmi les plus importantes causes d'absentéisme et de présentéisme dans le monde : l'Organisation mondiale de la santé affirmait dans son rapport de 1998 le nombre de journées de travail perdues à cause de troubles mentaux dépassent désormais celui des journées perdues à cause de maladies physiques.²⁷⁴ Au Canada, 20 p. 100 des heures normales de travail des employés qui souffrent d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie non dépistée ne sont pas productives parce qu'elles ne sont pas travaillées. Ce taux est quatre fois plus élevé que chez leurs collègues de travail.²⁷⁵

Comparativement à toutes les autres maladies (comme le cancer et les maladies du cœur), les maladies mentales et la toxicomanie arrivent au premier et au deuxième rang des causes d'invalidité au Canada, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest (voir le graphique 6.1).²⁷⁶ Parmi les dix principales causes d'invalidité dans le monde, cinq sont des troubles mentaux : dépression unipolaire, alcoolisme, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel-compulsif.²⁷⁷

Nous sommes d'avis que les employeurs paient déjà une partie importante des coûts liés à la santé mentale au Canada. En ce sens, ils subventionnent ce que nous avons dans le régime de soins de santé public et, dans certains cas, cela compense pour les lacunes de ce régime.
[Rod Phillips, président et chef de la direction, Warren Shepell Consultants (18:9)]

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 5, la productivité perdue au Canada uniquement à cause des maladies mentales a été évaluée à quelque 8,1 milliards de dollars en 1998.²⁷⁸ On a évalué récemment que, lorsque l'abus de substances est également pris en considération, l'économie canadienne perd quelque 33 milliards de dollars par année sous forme de productivité perdue à cause de la maladie mentale et de la toxicomanie.²⁷⁹ Ce montant correspond à 19 p. 100 des bénéfices combinés de toutes les entreprises canadiennes et à 4 p. 100 de la dette nationale.²⁸⁰ Autrement dit, les entreprises paient les deux tiers de tous les coûts liés à la maladie mentale et à la toxicomanie sous forme de pertes de productivité,

²⁷⁴ Organisation mondiale de la santé, *La vie au 21^e siècle : Une perspective pour tous*, Genève, 1998. http://www.who.int/whr2001/2001/archives/1998/index_fr.htm

²⁷⁵ Bill Wilkerson, *Text of Speech*, Warren Shepell Consultants Business Forum, 16 octobre 2002, p. 14.

²⁷⁶ President's New Freedom Commission on Mental Health, *Interim Report*, États-Unis, 29 octobre 2002.

²⁷⁷ *Ibid.*

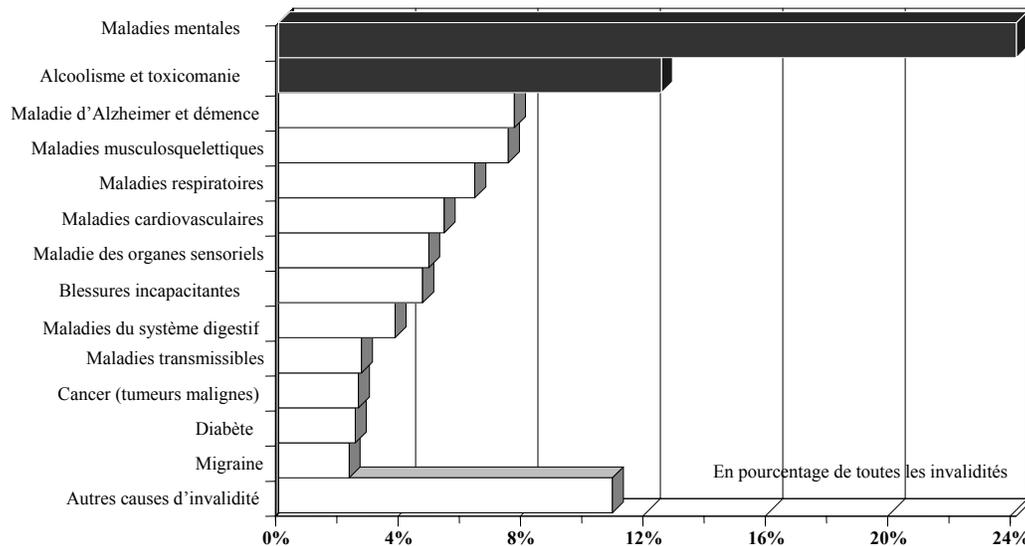
²⁷⁸ D'après des calculs effectués par Thomas Stephens et Natacha Joubert, « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/ps/publicat/cdic-mcc/22-1/index_f.html

²⁷⁹ Martin Shain et al., *Mental Health and Substance Use at Work: Perspective from Research and Implications for Leaders*, document de travail préparé pour la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, 14 novembre 2002 (inédit).

²⁸⁰ Évaluations de la Division de l'économie, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

d'absentéisme, d'invalidité, de coûts de remplacement des salaires, de primes d'assurance-maladie collective et de médicaments d'ordonnance.²⁸¹

GRAPHIQUE 6.1 CAUSES D'INVALIDITÉ CANADA, ÉTATS-UNIS ET EUROPE DE L'OUEST



Remarque : Causes d'invalidité pour tous les groupes d'âge. Les mesures de l'invalidité se fondent sur le nombre d'années « en santé » perdues à cause d'une santé sub-optimale (soit API, années perdues à cause d'une invalidité).

Source : President's New Freedom Commission on Mental Health, [Interim Report](#), États-Unis, 29 octobre 2002. Source : President's New Freedom Commission on Mental Health, [Interim Report](#), États-Unis, 29 octobre 2002.

Dans l'ensemble, les conséquences de la maladie mentale, de la toxicomanie et du stress professionnel en milieu de travail sont nombreuses (voir le tableau 6.2). Le Comité a entendu à maintes reprises que ni les personnes affectées, ni les employeurs, ni la société n'ont intérêt à ignorer l'existence de la maladie mentale, de la toxicomanie et du stress professionnel en milieu de travail et la marginalisation de citoyens qui pourraient être productifs. Étant donné les coûts économiques et sociaux de ces troubles, il est essentiel que les secteurs public et privé s'attaquent de toute urgence au problème.

Tout comme il l'a fait à la section 6.1, le Comité tient à préciser qu'il ne sera certainement pas facile de s'attaquer à ce genre de problèmes, mais c'est pourtant ce qu'il faudra faire au nom des règles économiques et de la compassion.

²⁸¹ Bill Wilkerson (6 février 2002), p. 8.

TABLEAU 6.2

CONSÉQUENCES DE LA MALADIE MENTALE, DE LA TOXICOMANIE ET DU STRESS PROFESSIONNEL EN MILIEU DE TRAVAIL

Absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> • augmentation des absences pour cause de maladie, en particulier de la fréquence des courtes périodes d'absence • mauvaise santé (dépression, stress, épuisement) • troubles physiques (hypertension, maladies du cœur, ulcères, troubles du sommeil, éruptions cutanées, maux de tête, mal de cou et lombalgie, faible résistance aux infections)
Présentéisme	<ul style="list-style-type: none"> • baisse de la productivité et de la production • hausse des taux d'erreur • nombre accru d'accidents • mauvaises décisions • détérioration de la planification et du contrôle du travail
Attitude et comportement du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • perte de motivation et d'engagement • épuisement • heures de travail de plus en plus longues pour obtenir des résultats de plus en plus faibles • difficulté à remplir les heures de travail • roulement de la main-d'œuvre (particulièrement coûteux pour les entreprises aux niveaux élevés de gestion)
Relations de travail	<ul style="list-style-type: none"> • tension et conflits entre collègues • mauvaises relations avec les clients • hausse des problèmes disciplinaires

Source : Gaston Harnois et Phyllis Gabriel, *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*, publication conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation mondiale du travail, Genève, 2000, p. 8-9.

6.4 MALADIE MENTALE, TOXICOMANIE ET INVALIDITÉ

Des prestations d'invalidité en cas de troubles psychiatriques devraient être accordées comme elles le sont lorsque l'invalidité découle d'une maladie médicale ou chirurgicale.

[Association des psychiatres du Canada]²⁸²

La nature imprévisible et épisodique de l'invalidité découlant d'une maladie mentale est importante et diffère un peu par rapport à de nombreux autres types d'invalidité. Les personnes atteintes de maladie mentale ont tendance à alterner entre des périodes de maladie et de bien-être. Quand elles n'ont pas de symptômes, elles sont généralement capables de travailler et d'exécuter les tâches courantes de la vie. Durant les épisodes de maladie

²⁸² Association des psychiatres du Canada, *Insurability of the Psychiatrically Ill or Those With a Past History of Psychiatric Disorder*, énoncé de position, 1988.

psychiatrique cependant, elles peuvent être incapables de fonctionner à un niveau leur permettant d'occuper un emploi régulier.

Le Comité a été informé que les prestations d'invalidité attribuables à des maladies mentales dépassent maintenant les prestations relatives aux maladies cardiovasculaires, à titre de catégorie de coûts d'invalidité qui augmente le plus rapidement Canada.²⁸³ À l'heure actuelle, les maladies mentales et la toxicomanie représentent de 60 à 65 p. 100 de toutes les demandes de prestations d'invalidité chez quelques employeurs canadiens et américains.²⁸⁴

La maladie mentale et la toxicomanie au Canada provoquent d'énormes souffrances et sont très invalidantes –situation qui, à notre avis, ne serait pas tolérée pour des maladies physiques d'une prévalence et d'une gravité comparable.

[Centre de toxicomanie et de santé mentale, mémoire au Comité, 27 juin 2003, p. 6.]

Il est prévu que les demandes de prestations d'invalidité relatives à des problèmes de santé mentale et des maladies mentales pourraient monter à plus de 50 p. 100 du nombre total de prestations administrées par les régimes collectifs d'assurance-maladie au cours des cinq prochaines années.²⁸⁵

Les sections qui suivent présentent de l'information sur les prestations d'invalidité liées à la maladie mentale et à la toxicomanie accordées par les régimes d'assurance-invalidité des employeurs, les commissions des accidents du travail, le programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-I) et l'assurance-emploi (AE).

6.4.1 Les régimes d'assurance-invalidité des employeurs²⁸⁶

Il existe deux types de régimes d'assurance-revenu en cas d'invalidité offerts par les employeurs, soit : les régimes d'assurance-invalidité de courte durée (ICD) et les régimes d'assurance-invalidité de longue durée (ILD). Les régimes ICD remplacent un pourcentage (70 p. 100 par exemple) du revenu d'emploi pré-invalidité pour des périodes inférieures à un an (p. ex., six mois). Ils s'harmonisent généralement aux congés de maladie, à d'autres avantages sociaux et aux prestations d'AE, ce qui permet une continuité du revenu en cas de maladie ou de blessure invalidante.

Les régimes ILD portent sur des périodes d'invalidité prolongées. Ils commencent habituellement à verser les prestations après une longue absence, par exemple six mois, et ils remplacent un pourcentage du revenu d'emploi pré-invalidité (par exemple 70 p. 100). Les prestations ILD sont habituellement versées pendant une période maximale de deux ans lorsque la personne est incapable d'exécuter les tâches de sa propre profession, ou plus

²⁸³ Mental Health Works, *Mental Health in the Workplace: Facts and Figures*, Association canadienne pour la santé mentale – division de l'Ontario, 2003.

²⁸⁴ Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health (25 juin 2004), p. 14.

²⁸⁵ Bill Wilkerson, *Mental Health – The Ultimate Productivity Weapon*, résumé de l'allocation prononcée au congrès de l'Association pour la prévention des accidents industriels, Toronto, 22 avril 2002, p. 5.

²⁸⁶ Sauf indication contraire, les renseignements fournis dans cette section se fondent sur le document suivant : Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc., *Le rôle des régimes d'assurance invalidité dans le système canadien de protection du revenu en cas d'invalidité*, mémoire au Sous-comité de la Chambre des communes sur la condition des personnes handicapées, mai 2003. http://www.clhia.ca/fr/submissions_fr/2003/Chambre%20des%20communes.pdf

longtemps, soit jusqu'à un âge maximal de 65 ans ou au début des prestations de retraite, si la personne est incapable d'occuper un emploi raisonnablement comparable. Les prestations ILD versées par le régime de l'employeur peuvent être réduites d'un montant équivalent à celui que le prestataire reçoit du RPC-I.

Les régimes ICD et ILD partagent un important objectif : ils encouragent les prestataires à reprendre le travail, de préférence leurs propres activités professionnelles ou, lorsque cela n'est pas possible, à occuper un autre type d'emploi. Ainsi, pour motiver les prestataires à retourner travailler, ils sont conçus de façon à ce que le revenu de remplacement n'excède pas le revenu pré-invalidité.²⁸⁷

Aucune enquête canadienne exhaustive n'a été menée pour obtenir de l'information sur le coût total des prestations ICD et ILD versées par les employeurs relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie. L'information fournie au Comité à ce sujet se résume comme suit :

- Depuis 1994, les troubles dépressifs à eux seuls ont doublé en pourcentage des prestations ICD et ILD et ont augmenté de 55 p. 100 pour toutes les catégories d'absence du travail reliées à une invalidité.²⁸⁸
- De même, une enquête menée en 2002-2003 par Watson Wyatt Worldwide a évalué que la maladie mentale et la toxicomanie constituent la principale cause des prestations ICD, et 73 p. 100 des répondants ont confirmé que ces troubles étaient également la principale cause des prestations ILD.²⁸⁹
- Une analyse de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health évalue que de 640 000 à 1 075 000 employés à plein temps au Canada sont actuellement en congé d'invalidité à cause d'une maladie mentale faisant l'objet d'un diagnostic primaire ou secondaire. Cela représente une perte de 35 millions de journées de travail pour l'économie canadienne. Autrement dit, la maladie mentale et la toxicomanie représentent 46 p. 100 de toutes les prestations d'invalidité de courte et de longue durée.²⁹⁰

Trois questions précises ont été soulevées au sujet des régimes d'assurance-invalidité des employeurs. Premièrement, Watson Wyatt Worldwide, expert-conseil mondial spécialisé dans les ressources humaines et les régimes d'avantages sociaux et d'assurance-maladie collectifs, a souligné que toutes les entreprises devraient examiner leurs prestations ICD et ILD afin d'évaluer correctement l'incidence de la maladie mentale et de la toxicomanie dans

²⁸⁷ Les régimes d'assurance-revenu en cas d'invalidité font souvent partie d'un régime collectif d'avantages sociaux comportant des garanties d'assurance-maladie complémentaire (qui peuvent couvrir les médicaments sur ordonnance, les soins infirmiers spéciaux et des services spéciaux qui ne sont pas couverts par les régimes d'État comme les services de psychologues agréés, de chiropraticiens, de massothérapeutes, etc.).

²⁸⁸ Bill Wilkerson (6 février 2002), p. 7.

²⁸⁹ Watson Wyatt Worldwide, *Addressing Mental Health in the Workplace*, juin 2003.

²⁹⁰ Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, "Full-Time Employees in Canada Losing 35 Million Days of Work a Year Due to Mental Disorders; Half of All Days Lost to Illness and Disability", communiqué, 14 juillet 2004.

leurs milieux de travail. Les résultats de cet examen permettraient de déterminer le type d'intervention nécessaire.²⁹¹

Deuxièmement, il serait important de comprendre l'influence qu'exercent le type et la portée des prestations d'invalidité sur la durée des prestations afin de déterminer les conditions nécessaires pour optimiser les situations individuelles. L'assurance-invalidité ne devrait pas décourager de travailler. Dans ce contexte, l'Association des psychiatres du Canada a expliqué :

*Pour de nombreuses maladies, l'assurance-invalidité exige une définition précise de la maladie. Il est important que les patients psychiatriques invalides touchent un revenu suffisant pour se protéger contre de graves ennuis financiers pendant qu'ils ne peuvent pas travailler, mais il est tout aussi important de reconnaître que les prestations d'invalidité constituent un gain secondaire important qui empêche le progrès du patient et retarde son rétablissement. Il y a deux facteurs à prendre en considération : a) l'idée fausse répandue que le travail est nécessairement stressant et risque d'aggraver un trouble psychiatrique diagnostiqué; et b) la reconnaissance du fait que certains patients qui ont subi un trouble psychiatrique grave peuvent souhaiter éviter de s'exposer à ce qu'ils présument être des facteurs stressants au travail, parce qu'ils manquent de confiance malgré une amélioration clinique de leur état. Il faudrait reconnaître que retourner au travail le plus rapidement possible renforcera probablement l'estime de soi du patient, le ramènera dans un réseau social familial et contribuera à son rétablissement. Il a été démontré que la privation du travail peut être une cause de trouble psychiatrique.*²⁹²

Troisièmement, et peut-être surtout, les employeurs, les gestionnaires et les assureurs doivent apprendre à mieux connaître la maladie mentale et la toxicomanie afin de mieux gérer leurs prestations d'invalidité. Dans une allocution récente, Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général de Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, déclarait :

Un arrêt de la Cour suprême du Canada qui a fait jurisprudence a porté sur une femme de la Saskatchewan, handicapée par un trouble mental. En congé de maladie, elle recevait des prestations d'invalidité et a dû être hospitalisée. Pendant son hospitalisation, les prestations d'invalidité ont continué à être versées. Après avoir reçu son congé de l'hôpital, les prestations ont été interrompues parce que, aussi difficile à croire que cela puisse l'être, l'hospitalisation établissait les critères de l'admissibilité continue. La Cour suprême a tranché que cette pratique était discriminatoire, parce que les personnes handicapées physiquement

²⁹¹ Watson Wyatt Worldwide, [Addressing Mental Health in the Workplace](#), juin 2003.

²⁹² Association des psychiatres du Canada (1988), op. cit.

restaient admissibles aux prestations lorsqu'elles quittaient l'hôpital et se rétablissaient à la maison.

Les pratiques de l'assureur étaient-elles simplement désuètes ou malveillantes? D'une façon ou de l'autre, l'assureur a été atteint lui aussi par un trouble de perception puisqu'il s'est fait une mauvaise idée ce que la maladie mentale est ou n'est pas en réalité. On peut supposer qu'il a été déconcerté par la nature des troubles mentaux, par le processus de traitement et par le rôle crucial, voire supérieur, des soins externes et du soutien de la communauté et de la famille dans le rétablissement durable de la patiente.

Je raconte cette histoire non pas pour rabaisser ou critiquer l'industrie de l'assurance en général. Je fais partie de cette collectivité et il y a certainement des exemples de situations où l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-santé a fait preuve de leadership pour promouvoir la santé mentale. Mon propos a une portée plus large. Cette industrie doit définir son point de vue à partir d'une connaissance des problèmes de santé mentale. Comme les entreprises en général, le secteur de l'assurance a besoin d'être sensibilisé à la santé mentale.

C'est tout particulièrement vrai, par exemple, pour les aspects de la comorbidité de maladies mentales et de maladies physiques chroniques touchant à l'origine et à la durée de l'invalidité; à la complexité, à la durée et aux risques du traitement et du rétablissement; et au rythme et à la date du retour au travail.

Au niveau de la gestion des prestations, l'industrie de l'assurance doit mieux connaître la science médicale de la santé mentale. (...). L'industrie doit acquérir des connaissances sur l'univers grandissant des neurosciences et l'éclairage qu'elles peuvent apporter sur les origines du comportement.²⁹³

6.4.2 Les commissions des accidents du travail

Dans toutes les provinces et tous les territoires, les commissions des accidents du travail reçoivent un nombre grandissant de demandes de prestations reliées à la santé mentale (« stress professionnel ») et, dans un nombre grandissant de cas, les commissions ont accordé des prestations reliées à une maladie mentale. Un examen des demandes de prestations pour stress professionnel présentées aux commissions a été effectué par l'Association des Commissions des accidents du travail du Canada, afin de découvrir combien de types de demandes étaient déposées tous les ans, si les demandes étaient épisodiques ou chroniques et quel était le montant des prestations versées dans chaque cas. Cet examen s'est avéré très

²⁹³ Bill Wilkerson, [Notes for Remarks](#), 55^e Assemblée annuelle de l'Association canadienne des directeurs médicaux en assurance-vie, 17 mai 2004, p. 9.

difficile. Dans bien des cas, les commissions ne collectent pas ce type de données ou, si elles le font, les données ne sont pas comparables parce que les définitions employées par les diverses commissions peuvent différer (voir le tableau 6.3). Par conséquent, l'examen n'a pas pu brosser un tableau national du nombre de demandes de prestations découlant du stress professionnel ni des coûts des prestations connexes.²⁹⁴

TABLEAU 6.3

**COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL AU CANADA :
COMPARAISON INTERPROVINCIALES DES PRESTATIONS
POUR STRESS PROFESSIONNEL**

Alberta	Les prestations pour stress professionnel sont accordées lorsque : <ul style="list-style-type: none"> • il y a un diagnostic confirmé conformément au Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'American Psychiatric Association; • les événements ou agents stressants reliés au travail constituent la cause principale de la maladie; • les événements reliés au travail sont excessifs ou inhabituels par rapport aux pressions normales que subit un travailleur moyen dans un poste semblable; • il y a une confirmation objective des événements.
Colombie-Britannique	Les formes de stress indemnisables comprennent : <ul style="list-style-type: none"> • le stress est causé par un événement traumatique soudain et inattendu; • le stress qui découle d'un accident indemnisable, comme une grave anxiété après l'amputation d'une jambe. Le stress provoqué par les pressions subies dans la vie personnelle et professionnelle quotidienne n'est pas indemnisable.
Manitoba	La définition des accidents et des maladies professionnelles exclut le stress sauf lorsqu'il s'agit d'une réaction aiguë à une situation traumatique.
Nouveau-Brunswick	La définition des accidents et des maladies professionnelles exclut le stress sauf lorsqu'il s'agit d'une réaction aiguë à une situation traumatique.
Terre-Neuve et Labrador	La définition d'un accident au sens de la loi ne couvre le stress que lorsque ce dernier découle d'une réaction aiguë à un événement traumatique soudain et inattendu et exclut le stress découlant des problèmes de relations de travail.
T.N.-O. et Nunavut	Les demandes de prestations pour stress professionnel sont examinées au cas par cas.
Nouvelle-Écosse	La définition des accidents et des maladies professionnelles exclut le stress sauf lorsqu'il s'agit d'une réaction aiguë à une situation traumatique.
Ontario	Le stress mental est indemnisable lorsqu'il y a une réaction aiguë à un événement traumatique soudain et inattendu découlant de l'emploi et en cours d'emploi. Le stress mental découlant des décisions d'emploi de l'employeur ne donne pas droit aux prestations.
Île-du-Prince Édouard	La définition des accidents et des maladies professionnelles exclut le stress sauf lorsqu'il s'agit d'une réaction aiguë à une situation traumatique.
Québec	Le stress est indemnisable si le travailleur peut démontrer un lien entre la maladie et le travail ou un risque au travail.

²⁹⁴ Association des Commissions des accidents du travail du Canada, *Occupational Disease and Occupational Stress Legislation and Policies*, 1998.

Saskatchewan	Les prestations pour stress professionnel sont prévues expressément lorsqu'il est démontré clairement et de manière convaincante que le stress était excessif et inhabituel; les mesures courantes de relations de travail prises par l'employeur sont considérées normales et non inhabituelles.
Yukon	Le stress post-traumatique est admissible en vertu de la loi; la pratique actuelle consiste à évaluer au cas par cas tous les autres types de demandes de prestations reliées au stress.

Source : Paul Kishchuk, [*Expansion of the Meaning of Disability*](#), étude commandée par la Yukon Workers' Compensation Board, mars 2003, p. 12.

Un important problème que soulèvent les prestations des commissions des accidents du travail est le fait qu'il est plus difficile de prouver la genèse d'un trouble mental que d'une maladie physique. Il y a donc une certaine controverse quant à savoir si et comment les troubles mentaux devraient être couverts dans un régime d'indemnisation des accidents du travail. Dans un modèle de maladie professionnelle, l'indemnisation en cas d'invalidité dépend du fait que l'invalidité découle d'une exposition continue à des conditions dangereuses en cours d'emploi. Or, la plupart des modèles étiologiques avancés des troubles mentaux incluent les divers facteurs dont il a été question au chapitre 4, tels que la vulnérabilité génétique, les circonstances du développement et des facteurs neurobiologiques, en plus d'événements de la vie comme un cadre de travail stressant. La pondération relative de chacun de ces aspects n'est pas encore bien comprise pas plus que les liens qui existent entre eux. Certaines commissions des accidents du travail hésitent donc davantage que d'autres à verser des prestations d'indemnité liées à la santé mentale. Elles sont encore à se demander dans quelle mesure des prestations d'invalidité reliées à des troubles mentaux devraient être versées par les régimes d'indemnisation des accidents du travail plutôt que par les régimes d'assurance-maladie.²⁹⁵

6.4.3 Les programmes fédéraux de sécurité du revenu

Le programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-I) est le plus important programme de prestations d'invalidité au Canada. Il est généralement le plus gros payeur de prestations d'invalidité comparativement à d'autres entités comme les commissions provinciales des accidents du travail et les assureurs privés.

Les prestations de RPC-I sont versées aux participants de moins de 65 ans qui souffrent d'une invalidité physique ou mentale « grave et prolongée » (durant au moins un an et empêchant d'occuper un emploi régulier) et qui répondent à certaines exigences particulières au sujet du niveau des revenus et des années de cotisation (des cotisations doivent avoir été versées pendant quatre des six dernières années).

Au cours des deux dernières décennies, on a constaté une forte hausse du nombre de bénéficiaires du RPC-I dont l'invalidité est reliée à une maladie mentale. De 1980 à 2000, la proportion de bénéficiaires recevant des prestations du RPC-I attribuables à des troubles

²⁹⁵ Carolyn S. Dewa, Alain Lesage, Paula Goering et Michèle Caveen, *The Nature and Amplitude of Mental Illness in the Workplace*, document de travail commandé par l'atelier appuyé par l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche sur la santé du Canada, avril 2004, p. 2-19.

mentaux est passée de 11 p. 100 à 23 p. 100. Les maladies mentales arrivaient au deuxième rang, derrière les maladies du système musculo-squelettique, et touchaient plus fortement les femmes que les hommes. En 2000, les troubles mentaux représentaient également la plus importante cause de prestations d'invalidité RPC-I chez les jeunes bénéficiaires.²⁹⁶

Pendant de nombreuses années, les personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie et leurs représentants ont reproché au RPC-I de ne pas correctement tenir compte du problème de la maladie mentale et de l'invalidité. Les préoccupations exprimées sont les suivantes :

- De nombreuses personnes atteintes de maladie mentale ont une expérience limitée sur le marché du travail. Parce que la maladie mentale frappe souvent au début de l'âge adulte, à un moment où les études ne sont pas achevées, les compétences professionnelles encore limitées et les carrières encore jeunes, un grand nombre de ces personnes ne sont pas admissibles au RPC-I parce qu'elles n'ont pas travaillé un nombre suffisant d'années. Par nécessité, beaucoup d'entre elles demandent l'aide des programmes provinciaux d'assistance sociale.
- Pour avoir droit aux prestations d'invalidité du RPC-I, le bénéficiaire doit accepter d'être désigné « inapte au travail de façon permanente », se déclarant ainsi tout à fait incapable d'occuper un emploi régulier. En raison de la nature cyclique et imprévisible des troubles mentaux, les personnes souffrant de maladie mentale peuvent travailler, mais souvent seulement à temps partiel; elles ne sont pas nécessairement capables d'assurer leur indépendance financière. Les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie ont recommandé que le RPC-I verse des prestations partielles ou réduites au lieu de prestations intégrales, afin de leur permettre de travailler à temps partiel et de continuer de toucher une partie des prestations.
- Étant donné que l'invalidité est actuellement synonyme d'inaptitude permanente au travail, les bénéficiaires du RPC-I hésitent à chercher ou à accepter un emploi, par crainte de perdre leurs prestations. Les personnes touchées sont pénalisées lorsqu'elles cherchent à améliorer leur situation, même si elles ne sont pas capables de retourner travailler dans un emploi régulier à plein temps.
- Environ 66 p. 100 des premières demandes au RPC-I sont rejetées pour cause d'inadmissibilité et près des deux tiers des personnes dont la première demande est rejetée ne demandent pas un réexamen du dossier. Il se pourrait que la proportion de demandes rejetées soit beaucoup plus élevée dans le cas des personnes souffrant d'une maladie mentale. Certains experts soutiennent que le système est conçu de manière à décourager les gens à demander des prestations auxquelles ils ont droit. C'est particulièrement le cas des personnes atteintes de troubles mentaux qui, en

²⁹⁶ Bureau de l'actuaire en chef, *Régime de pensions du Canada – Étude d'expérience des bénéficiaires des prestations d'invalidité*, Étude actuarielle n° 1, novembre 2002. http://www.osfi-bsif.gc.ca/fra/bureau/actuaire/docs/CPP_Disability_Paper_f.pdf

raison de leur maladie, ne sont peut-être pas en mesure de se battre contre le système.²⁹⁷

Dans son rapport de 2003, le Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes reconnaissait que le RPC-I ne répond pas correctement au problème de la maladie mentale et de l'invalidité. Le Comité a fait quelques recommandations afin que le RPC-I tienne compte de la nature cyclique et imprévisible des maladies mentales. Il recommandait en outre que le gouvernement fédéral élabore, en consultation avec les parties intéressées et les professionnels de la santé, des outils d'évaluation spécifiques à l'égard de ces troubles particuliers, afin de déterminer l'admissibilité au RPC-I.²⁹⁸

Dans sa réponse au rapport du Comité de la Chambre des communes, le gouvernement fédéral indiquait que les lignes directrices relatives au RPC-I reconnaissent déjà les invalidités récurrentes et épisodiques, dont les troubles mentaux, et que de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux reçoivent actuellement des prestations du RPC-I. Il ajoutait :

Le gouvernement ne croit donc pas qu'il est nécessaire de modifier les règlements et les directives pour tenir compte des besoins des personnes atteintes de maladies épisodiques ou récurrentes. Puisque la détermination de l'invalidité aux fins du RPC se fonde sur les limitations fonctionnelles qui empêchent une personne de travailler et non seulement sur un diagnostic ou un pronostic médical, le processus d'évaluation peut prendre en compte les répercussions à court et à long termes des maladies récurrentes ou épisodiques sur l'habileté du client à fonctionner en milieu de travail.²⁹⁹

Les personnes atteintes de maladie mentale peuvent aussi avoir droit à des prestations d'AE comme source de revenu temporaire de remplacement. Elles ont cependant soulevé quelques préoccupations au sujet de l'AE :

- En ce qui concerne l'admissibilité à l'AE, les employés qui sont renvoyés pour « mauvaise conduite » ou qui démissionnent de leur emploi « sans motif valable » ne sont pas admissibles aux prestations d'AE. À cause de la stigmatisation, les personnes atteintes d'une maladie mentale cachent souvent leur maladie dans leur milieu de travail. Quand elles éprouvent des difficultés au travail, elles peuvent être renvoyées ou démissionner sous l'influence de leur maladie, mais elles ne pourraient

²⁹⁷ Wendy Steinberg, *Exposé de principe sur les programmes fédéraux de sécurité du revenu*, document préparé pour l'Association canadienne pour la santé mentale, décembre 2001.

http://www.cmha.ca/french/politiquedefensededroits/images/f_fed_income.pdf

²⁹⁸ Sous-comité de la condition des personnes handicapées (D^r Carolyn Bennett, présidente), *À l'écoute des Canadiens : Une première vision de l'avenir du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada*, juin 2003. <http://www.parl.gc.ca/Infocomdoc/37/2/sper/studies/reports/humar05-f.htm>

²⁹⁹ Développement des ressources humaines Canada, *Réponse du gouvernement du Canada au rapport intitulé « À l'écoute des Canadiens : une première vision de l'avenir du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada »*, novembre 2003, p. 24.

<http://www.dsc.gc.ca/fr/psr/pub/rpc/invalidite/5erapport/5ereport.pdf>

pas demander de prestations d'AE parce qu'elles n'auraient pas signalé leur maladie auparavant.

- Quand une personne demande des prestations de maladie de l'AE, elle doit obtenir un certificat médical indiquant combien de temps la maladie pourrait durer. La nature imprévisible de la maladie mentale permet difficilement de fournir ce genre de renseignements médicaux.
- Les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie sont d'avis que l'AE ne devrait pas obliger les personnes atteintes de maladies ou invalidités récurrentes à travailler le nombre supplémentaire d'heures assurables exigé de ceux qui sont considérés comme des nouveaux venus sur le marché du travail. À leur avis, sans cette exonération, les personnes atteintes d'une maladie mentale sont désavantagées injustement. Peu sont en mesure de satisfaire les critères d'admissibilité relatifs au nombre total d'heures assurables exigées des nouveaux travailleurs.

Dans son mémoire au Comité, le D^r Sunil V. Patel, président de l'Association médicale canadienne, a recommandé que le gouvernement fédéral examine RPC-I et les autres politiques fédérales de soutien du revenu afin de s'assurer que la maladie mentale se trouve sur le même pied que d'autres maladies et incapacités chroniques pour ce qui est des prestations.³⁰⁰

6.5 RÔLE DES EMPLOYEURS

Les employeurs ont tout à fait intérêt à s'attaquer à la maladie mentale et à la toxicomanie en milieu de travail. Dans l'économie planétaire, l'information et l'innovation sont devenues les clés de la réussite concurrentielle. Or, l'utilisation de ces clés exige des travailleurs qualifiés, motivés et fiables. Le capital humain – la motivation, le savoir, les points de vue, le jugement, la capacité de communiquer, d'échanger des idées et d'entretenir des liens – est le moteur de l'économie planétaire. Bref, c'est le rendement mental qui fait tourner l'économie mondiale.³⁰¹ D'après Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health :

... il incombe aux entreprises de protéger leurs investissements stratégiques dans leurs ressources humaines – leur actif vital – et donc, vu la définition du rendement mental de l'économie dans laquelle nous devons rivaliser, dans la santé émotionnelle et mentale des employés.³⁰²

Le Comité a entendu à maintes reprises que, vu le fardeau qu'imposent la maladie mentale et la toxicomanie sur la société et les travailleurs et vu le coût croissant de l'invalidité professionnelle, les employeurs doivent mieux faire connaître les maladies mentales et la toxicomanie dans leurs organisations; ils doivent également accorder plus d'attention à l'amélioration de l'accès aux services de traitement et de rétablissement des travailleurs, par l'entremise de leurs PAE. Les employeurs doivent également insister davantage sur la

³⁰⁰ D^r Sunil V. Patel, président, AMC, mémoire au Comité, 31 mars 2004, p. 3.

³⁰¹ Bill Wilkerson (6 février 2002), p. 6.

³⁰² Bill Wilkerson (6 février 2002), p. 8.

souplesse du travail et sur les mesures d'adaptation à l'intention des personnes qui souffrent d'une maladie mentale.

Certes, le Comité n'a cessé de répéter que les employeurs se doivent d'accomplir tout ce qui est énuméré au paragraphe précédent, mais aucun témoin ne nous a donné une idée de la difficulté de la tâche ni de son coût. Le Comité ne peut donc qu'espérer qu'à la faveur des consultations publiques nationales qui devraient suivre le dépôt de son document sur les enjeux et les options, en novembre

2004, il recueillera des avis sur la façon dont les employeurs pourront effectivement mettre en œuvre les changements suggérés aux paragraphes précédents et sur les coûts à envisager. Tout comme ce fut le cas pour ses rapports antérieurs qui ont recommandé la réforme du système de soins de santé ACTIFS, le Comité est déterminé à ce que son rapport final sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, qui sera publié en novembre 2005, renfermera des recommandations qui seront à la fois pragmatiques et applicables, plutôt qu'un simple énoncé de pieuses intentions.

Comme on a évalué récemment qu'environ 75 p. 100 des nouveaux emplois dans l'économie exigent une capacité cognitive, non pas une capacité physique, et que les gens ne travaillent plus autant avec leur dos qu'avec leur cerveau, cet aspect de l'incapacité mentale a davantage d'importance qu'il y a quelques années.

[Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell (18:8)]

6.5.1 Les programmes d'aide aux employés

Les PAE sont des programmes d'employeur visant à atténuer et à contribuer à éliminer divers problèmes en milieu de travail. La source de ces problèmes peut être personnelle (problèmes juridiques, financiers, conjugaux ou familiaux, problèmes de santé mentale et maladies, y compris la toxicomanie) ou professionnelle (conflit au travail, harcèlement, violence, stress, etc.).

Les programmes d'aide aux employés, les PAE, jouent un rôle dans le système actuel pour ce qui est de la façon dont les programmes de santé mentale sont offerts au Canada. Essentiellement, ils offrent aux employés des services d'évaluation professionnelle, du counselling à court terme et des services d'aiguillage. Dans la plupart des cas, les PAE au Canada visent les employés et leurs personnes à charge, tout comme les autres régimes d'avantages sociaux des employés ou tout autre régime d'assurance-médicaments.

[Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell (18:8)]

Habituellement, les PAE offrent des services de counselling, de diagnostic, d'aiguillage et de traitement. Le personnel de ces programmes possède habituellement un diplôme dans une discipline reliée à la santé mentale ou aux services sociaux (travail social, psychologie, psychiatrie, counselling et/ou thérapie de couple ou familiale). Certains services peuvent aussi être sous-traités à des personnes possédant d'autres titres de compétence et qualifications.

Les services des PAE sont offerts dans des organisations privées et publiques et habituellement administrés en totale indépendance des autres programmes de l'organisation. La confidentialité est la pierre angulaire d'un PAE efficace. L'anonymat des clients, la

confidentialité des entrevues, la tenue, le transfert et la destruction des dossiers sont assujettis aux lois fédérales et provinciales applicables, qui régissent la conduite des conseillers. En règle générale, l'information ne peut être divulguée par un conseiller de PAE uniquement lorsque le client a donné par écrit un consentement informé stipulant quelle information sera communiquée et à qui.

Le Comité a appris que de 60 à 80 p. 100 des Canadiens qui travaillent dans une moyenne ou une grande entreprise (plus de 500 employés) ont accès à une forme quelconque de PAE. D'après Rod Phillips, président et directeur général de Les Consultants Warren Shepell, les PAE sont très efficaces; ils sont devenus la principale porte qui donne un premier accès des travailleurs canadiens à des soins en santé mentale et des services de traitement de la toxicomanie :

Dans de nombreux cas, d'après notre expérience, environ 85 p. 100 des gens que nous voyons au cours d'une année reçoivent un traitement suffisant dans le cadre des programmes d'aide aux employés et ne nécessitent aucun autre traitement. Environ 15 p. 100 des gens sont ensuite aiguillés vers des programmes communautaires ou vers le régime de soins de santé public.³⁰³

Les PAE insistent aussi fortement sur la prévention. Une grande partie du travail effectué avec les employeurs porte sur le mieux-être et d'autres programmes qui appuient un cadre de travail sain favorisant une bonne santé mentale.

Watson Wyatt Worldwide a recommandé que les employeurs sans PAE envisagent de mettre en place de tels programmes pour combattre la maladie mentale et toxicomanie, ainsi que divers autres problèmes. Ces experts-conseils ont fait remarquer que certains assureurs offrent des réductions des primes d'assurance-invalidité aux petits employeurs qui établissent un PAE, habituellement par l'entremise d'un fournisseur recommandé.³⁰⁴

Pour les organisations qui ont déjà mis en place un PAE, Watson Wyatt Worldwide recommandait que leurs programmes soient examinés et révisés au besoin afin de mieux répondre aux besoins des employés souffrant d'une maladie mentale et/ou de toxicomanie. Les éléments particuliers à examiner devraient comprendre la nécessité de rapports utiles, les normes de rendement et la rétroaction des utilisateurs. Des examens internes visant à comparer le recours au PAE et les données sur l'absentéisme devraient être effectués par les services d'exploitation afin de déterminer les « pratiques exemplaires » internes qui peuvent être répandues dans l'ensemble de l'organisation. Enfin, Watson Wyatt Worldwide recommandait que les services offerts par le PAE de l'organisation soient communiqués régulièrement aux employés.³⁰⁵

Ash Bender et ses collègues (2002) ont prévenu que les PAE ne sont efficaces que lorsque les milieux de travail dans lesquels ils sont implantés encouragent activement des milieux de travail en santé. Autrement dit, il est très important que les employeurs soient bien informés

³⁰³ Rod Phillips (18:9).

³⁰⁴ Watson Wyatt Worldwide, [Addressing Mental Health in the Workplace](#), juin 2003.

³⁰⁵ *Ibid.*

des maladies mentales et de la toxicomanie, afin de lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination dans leur organisation et d'établir des milieux de travail sains.³⁰⁶

Une autre préoccupation soulevée par Bender *et al.* portait sur le nombre de séances de traitement thérapeutique offertes aux clients des PAE. D'après des données non scientifiques, ces séances auraient diminué considérablement et seraient passées de sept à moins de trois par personne au cours des dix dernières années. Les auteurs concluaient que la probabilité est faible de résoudre efficacement des problèmes graves d'usage de substance ou de maladie mentale par des traitements thérapeutiques.³⁰⁷ Cette préoccupation exige une attention particulière.

6.5.2 Les mesures d'adaptation

La solution va nécessairement passer par l'implication des milieux de travail. Nous ne pouvons pas considérer les milieux de travail comme une école, comme un hôpital. C'est une entité en soi, c'est une famille en soi avec ses règles et son art d'agir et nous ne pourrions pas le faire sans eux.

[Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations, IRSC (18:6)]

Les mesures d'adaptation désignent « une ou plusieurs modifications du milieu de travail ou des procédures du milieu de travail qui permettent à une personne ayant des besoins spéciaux d'effectuer une tâche³⁰⁸ ». Alors que les personnes ayant une incapacité physique ont peut-être besoin d'une aide physique ou de changements structuraux du lieu de travail, les personnes ayant un trouble mental ont le plus souvent besoin de mesures d'adaptation sociale et organisationnelle. Ces modifications sont généralement des changements dans la façon dont les choses sont traditionnellement effectuées dans un lieu de travail particulier. Permettre par exemple à quelqu'un ayant une maladie mentale de travailler à des heures flexibles lui permet d'accéder à l'emploi, de la même façon qu'une rampe d'accès permet à une personne handicapée de se déplacer en fauteuil roulant. Ces mesures ne sont pas un traitement préférentiel. Elles signifient simplement un traitement équitable des personnes handicapées.³⁰⁹

D'après l'Association des psychiatres du Canada, les mesures d'adaptation devraient être axées sur des mécanismes positifs qui favorisent l'égalité d'emploi. Elles comprendraient les mesures suivantes :

³⁰⁶ Ash Bender et al., *Mental Health and Substance Use at Work: Perspectives from Research and Implications for Leaders*, document de travail préparé pour la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, 14 novembre 2002.

³⁰⁷ *Ibid.*

³⁰⁸ Lana M. Frado, *La diversité ça marche : l'accommodation en milieu de travail pour les personnes ayant une maladie mentale*, Association canadienne pour la santé mentale, 1993, p. 7.
http://www.cmha.ca/english/routes/images/diversity_works_french.pdf

³⁰⁹ Lana M. Frado (1993), p. 9.

- Créer un environnement où les mesures d'adaptation sont établies en fonction des besoins individuels de chaque employé.
- Respecter le désir de confidentialité de l'employé et déterminer précisément la nature et l'ampleur de la confidentialité.
- Être disposé à se concerter pour résoudre les problèmes.
- Rendre toutes les mesures volontaires pour l'employé et être prêt à examiner les plans périodiquement pour s'adapter à l'évolution des besoins.
- Appliquer les politiques classiques avec souplesse.
- Définir concrètement et précisément les mesures d'adaptation à prendre. Ce serait une bonne idée de les mettre par écrit.³¹⁰

Une étude semble indiquer que le coût des mesures d'adaptation relatives à un employé souffrant de maladie mentale est assez bas – la plupart coûtent bien moins de 500 \$. Pour les employés qui reçoivent un traitement efficace, l'employeur économisera de 5 000 \$ à 10 000 \$ par employé par année en coûts de médicaments sur ordonnance, de congés de maladie et de remplacement du salaire moyen. Les employés diagnostiqués dépressifs qui prennent les médicaments pertinents feront épargner à leur employeur les coûts d'une moyenne de 11 jours par année d'absentéisme.³¹¹

Une autre étude a révélé que, sur une période de dix ans, 240 personnes ayant une maladie mentale grave ont pu garder un emploi rémunérateur en grande partie grâce à des programmes de réintégration du travail. Ces personnes ont touché 5 millions de dollars de revenus, versé 1,3 million de dollars d'impôts et fait épargner au gouvernement un montant estimatif de 700 000 \$ en frais d'aide sociale. Le résultat net a été une hausse de 2 millions de dollars de la richesse collective.³¹²

Pour sa part, la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health croit que les employeurs doivent offrir un environnement qui favorise la promotion d'une bonne santé mentale, la sensibilisation à la maladie mentale et à la toxicomanie, le dépistage précoce de la maladie mentale et de la toxicomanie, et l'intégration des employés souffrant d'un trouble mental ainsi que les mesures d'adaptation connexes. À cet égard, la table ronde a publié un plan d'action en 12 étapes pour lutter contre la maladie mentale et la toxicomanie, résumé au tableau 6.3.

³¹⁰ Association des psychiatres du Canada, *op. cit.*

³¹¹ Mental Health Works (2003), *op. cit.*

³¹² Gaston Harnois et Phyllis Gabriel (2000), *op. cit.*, p. 47.

TABLEAU 6.3

PLAN D'ACTION EN 12 ÉTAPES POUR LUTTER CONTRE LA MALADIE MENTALE ET LA TOXICOMANIE EN MILIEU DE TRAVAIL

1^{re} étape :	Séance d'information pour renseigner le chef de la direction sur la maladie mentale et la toxicomanie
2^e étape :	Dépistage précoce de la maladie mentale et de la toxicomanie
3^e étape :	Réforme des PAE et des régimes d'assurance collective
4^e étape :	Création d'un milieu de travail qui favorise la santé mentale
5^e étape :	Réduction de la surabondance de courriels et de messages téléphoniques
6^e étape :	Élaboration de politiques souples de retour au travail
7^e étape :	Éducation des gestionnaires et des superviseurs sur les liens entre la maladie mentale et la maladie physique
8^e étape :	Réduction des dangers émotifs en milieu de travail
9^e étape :	Promotion de politiques de conciliation du travail et de la vie personnelle
10^e étape :	Incitation des employés à demander l'aide professionnelle nécessaire
11^e étape :	Surveillance de l'état de santé de l'organisation au moyen d'objectifs spécifiques
12^e étape :	Élimination des 10 principales sources de stress en milieu de travail.

Source : Adapté de Bill Wilkerson, *Mental Health – The Ultimate Productivity Weapon*, résumé de l'allocation prononcée au congrès de l'Association pour la prévention des accidents industriels, Toronto, 22 avril 2002, p. 10-14.

La table ronde a rédigé récemment sa carte routière sur la gestion de l'incapacité mentale, qui regroupe la santé physique et la santé mentale dans un même système de santé et de sécurité environnementale. Cette carte routière établit également des normes régissant la politique de retour au travail. Plus précisément :

- Les employeurs n'ont pas besoin de connaître la nature du diagnostic de la maladie invalidante en cause dans une situation particulière. Cette information est privée et confidentielle.
- Les employeurs doivent comprendre, appuyer et mettre en place des régimes de retour au travail qui comprendront inévitablement des ajustements personnalisés de la nature du travail ou des heures de travail afin de permettre une transition en douceur.
- Les employeurs doivent savoir que, même si l'employé revient au travail, il n'est pas rétabli à 100 p. 100 et un retour graduel au travail s'impose pour aider l'employé à se remettre dans le bain, prendre de la vitesse et acquérir de la tolérance et de l'endurance.³¹³

La carte routière insiste sur le fait que la responsabilité de faciliter le retour au travail d'un employé incombe également aux syndicats. Ainsi, les syndicats ont le devoir de très bien représenter leurs membres dans les dossiers relatifs à un employé handicapé. C'est particulièrement vrai dans le cas des employés handicapés mentalement et qu'il est question de cessation d'emploi.³¹⁴

³¹³ Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health (25 juin 2004), p. 11.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 23.

Encore une fois, le Comité tient à rappeler à quel point il sera déterminant de transformer les objectifs principaux et secondaires de la section 6.1 en recommandations réalisables. Cependant, il ne pourra y parvenir que si les travailleurs et les employeurs lui font des suggestions et si on lui donne une idée de ce que pourrait coûter la mise en œuvre des propositions en question.

6.6 RÔLE DES GOUVERNEMENTS

Le Comité a appris que les gouvernements doivent partager le fardeau économique de la maladie mentale et de la toxicomanie en milieu de travail. D'après Rod Phillips, ce partage des coûts devrait s'effectuer au moyen d'encouragements fiscaux :

Les employeurs progressistes subventionnent les lacunes du système public de soins de santé mentale du Canada. Leur investissement dans des programmes de santé mentale à l'intention des employés et des membres de leur famille devrait être encouragé par des encouragements et des allègements fiscaux, le partage des coûts et une prestation conjointe des services. [...] L'absence de services de santé mentale publics accessibles au Canada constitue une grande lacune de notre système de santé. Étant donné qu'un fort pourcentage des coûts croissants de la maladie mentale est assumé par les employeurs, il conviendrait grandement que les coûts d'une réduction de ces frais soient partagés entre les employeurs et le gouvernement. À notre avis, la possibilité d'un partage des coûts est mal exploitée et sous-utilisée. J'encourage le Comité à envisager des solutions novatrices.³¹⁵

Pour sa part, l'Association canadienne pour la santé mentale (Division de l'Ontario) a grandement reproché aux gouvernements leur inertie au sujet de la maladie mentale et de la toxicomanie :

On nous a longtemps parlé des prévisions de l'Organisation mondiale de la santé à l'effet que la maladie mentale deviendra d'ici 2020 la principale cause d'absentéisme pour cause d'invalidité. On ne nous a cependant rien dit de l'engagement que prennent habituellement les gouvernements lorsque confrontés à un problème croissant dans le domaine de la santé, en particulier lorsqu'un tel problème touche non seulement l'individu, mais toute la société et même l'économie. On doit considérer [les projections] de l'OMS comme un défi et une provocation et non comme un résultat inévitable.

(...)

³¹⁵ Warren Shepell, "[Warren Shepell Calls for Tax Incentives to Support Employer Mental Health Programs](#)", *Communiqué*, 12 juin 2003.

Les gouvernements doivent prêcher par l'exemple. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient s'engager à collaborer tout en aidant les entreprises à réaliser leurs objectifs précis de réduction des journées d'invalidité attribuables à la maladie mentale. Cependant, on ne peut y parvenir que si tous les intervenants acceptent de s'attaquer aux conditions qui rendent les gens plus vulnérables à la maladie mentale et qui rendent plus ardu leur rétablissement ou leur rémission.³¹⁶

Lors de ses audiences sur le document concernant les enjeux et les options, le Comité cherchera à recueillir des avis sur la façon dont les gouvernements devraient s'y prendre pour aller dans le sens des responsabilités qu'on veut leur confier, soit de prendre les rênes en main. Les Canadiennes et les Canadiens devront nous indiquer ce que cela veut dire en pratique.

6.7 ENTREPRISES DIRIGÉES PAR DES PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE OU DE TOXICOMANIE

Durant ses travaux, le Comité a entendu parler de l'Ontario Council of Alternative Business (OCAB). Cette organisation provinciale appuie la création de débouchés économiques pour les personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie. Elle chapeaute 11 entreprises contrôlées par des personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie qui emploient quelque 600 travailleurs dans des initiatives variées de plusieurs régions de la province.³¹⁷

L'évaluation des entreprises dirigées par des personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie démontre que les personnes souffrant de troubles mentaux, voire de maladies graves et persistantes, peuvent réussir et être concurrentielles dans leur secteur d'activité.³¹⁸ Le Comité encourage fortement le développement de ces initiatives.

6.8 PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE, LA TOXICOMANIE ET LE TRAVAIL

Les enjeux liés à la maladie mentale, à la toxicomanie et au travail sont complexes et multiples. Nous sommes confrontés à un problème dont l'ampleur grandit rapidement, qui a d'énormes conséquences financières et qui touche une multitude de parties intéressées. Il n'y a

D'après les études effectuées à ce jour, nous savons que les problèmes de santé mentale constituent un énorme danger pour la productivité de la nation. Mais nous ne faisons que commencer à bien comprendre la prévalence et l'ampleur de l'incidence des problèmes de santé mentale en milieu de travail. Il y a encore beaucoup à faire.

[Dewa, Lesage, Goering and Caveen, Nature and Amplitude of Mental Illness in the Workplace, avril 2004.]

³¹⁶ Association canadienne pour la santé mentale (Division de l'Ontario), mémoire au Comité, 12 juin 2003, p. 7-8.

³¹⁷ Des renseignements supplémentaires sont affichés à <http://www.icomm.ca/ocab/>.

³¹⁸ Heather Stuart (avril 2004), p. 84.

cependant actuellement aucune stratégie coordonnée et exhaustive de recherche, de diffusion de l'information, de mise en œuvre et d'évaluation des résultats. En plus de porter sur la recherche sur la maladie, le traitement et la thérapie, une telle stratégie devrait également examiner le rôle du milieu de travail sur la santé mentale, comment les thérapies et les traitements peuvent être exécutés dans le milieu de travail et à la maison, comment les employeurs et les employés et leur famille peuvent prendre les choses en mains.

La nécessité de multiplier les recherches dans le domaine de la maladie mentale, de la toxicomanie et du travail est ressortie clairement d'un récent atelier organisé conjointement par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cet atelier a permis aux chercheurs de mesurer la nature et la gravité de la maladie mentale et de la toxicomanie en milieu de travail, d'examiner l'état de la recherche au Canada dans ce domaine et d'élaborer un plan de recherche.

Les participants à l'atelier ont identifié de nombreux domaines qui exigent des recherches plus poussées. Ainsi, les recherches viseraient notamment à comprendre les tendances des troubles mentaux chez divers groupes professionnels et secteurs industriels; comprendre le lien entre les régimes d'employeurs et la prévalence et le profil de l'invalidité liée à la maladie mentale; examiner le lien entre le stress au travail et l'apparence d'invalidité; comprendre les effets sur la santé mentale de grandes tendances des pratiques organisationnelles en milieu de travail; déterminer des méthodes efficaces pour améliorer les diagnostics de maladie mentale et les traitements connexes chez les personnes qui travaillent; analyser les politiques et les lignes directrices relatives à l'incapacité professionnelle; et déterminer la portée et la nature de la stigmatisation en milieu de travail.

Le Comité se réjouit de cette initiative des IRSC. Nous espérons que l'atelier permettra d'élaborer un programme qui aidera à mieux comprendre les troubles mentaux et les incapacités qu'ils causent et à définir des pratiques novatrices qui aideraient les employés souffrant de troubles mentaux.

Le Comité a aussi entendu parler d'un plan de recherche appelé « Research and Return on Investment Initiative », initiative conjointe de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, du Centre de toxicomanie et de maladie mentale et de l'Institute for Work and Health, financée par la CIBC, la Banque TD, la Banque Scotia, RBC, BMO et la Great-West Compagnie d'assurance-vie. Ces recherches ont pour but d'interroger des entreprises canadiennes et américaines et de collecter et échanger de l'information sur les tentatives fructueuses de gérer l'incapacité mentale et le retour au travail de personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie.³¹⁹ Le Comité encourage fortement la table ronde et les dirigeants du milieu des affaires à échanger les pratiques exemplaires concernant la gestion de l'incapacité mentale en milieu de travail et l'élaboration de stratégies efficaces de retour au travail.

³¹⁹ Honorable Michael Wilson, [Text of Remarks](#), Atelier des CIHR-IRSC, 28 avril 2004.

6.9 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité convient avec de nombreux témoins qu'il est bénéfique pour les personnes atteintes de maladie mentale de trouver et de garder un emploi intéressant; cela fait également partie intégrante du processus de rétablissement. De plus, nous sommes fermement convaincus des bienfaits éventuels, pour les employeurs, d'une intégration de ces personnes dans la population active; les progrès récents constatés dans les traitements permettent désormais aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale d'apporter une contribution utile au travail.

On se demande encore jusqu'à quel point un employeur devrait être informé de la maladie mentale d'un employé ou est justifié de vouloir se renseigner à ce sujet. Le Comité estime que, dans toute législation moderne, l'invalidité ne devrait pas constituer un motif suffisant pour refuser un emploi à moins que la personne soit clairement incapable de faire le travail. Il a été démontré que la garantie d'un accès rapide et facile aux services de santé mentale et aux moyens de soutien pertinents influe très positivement sur la volonté des employeurs d'offrir un emploi à des personnes souffrant de maladie mentale. De l'avis du Comité, l'incapacité liée à une maladie mentale et à la toxicomanie ne peut plus servir d'excuse pour refuser un emploi à ceux qui veulent et peuvent travailler.

L'incidence de la maladie mentale et de la toxicomanie sur la productivité perdue dont les employeurs doivent payer le prix est incontestablement très grande. La présence de maladies mentales et de la toxicomanie en milieu de travail soulève immédiatement la question suivante : dans quelle mesure ces troubles sont-ils importés par les employés dans leur milieu de travail et dans quelle mesure sont-ils provoqués par le milieu de travail? Il va de soi que la réponse a des conséquences profondes sur les stratégies visant à prévenir et à gérer la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail; elle pourrait également avoir une grande incidence sur la façon dont devraient être gérées les demandes de prestations d'invalidité liées aux troubles mentaux.

Le Comité croit qu'il faudrait entreprendre d'autres recherches dans le domaine de la maladie mentale, de la toxicomanie et du travail. Par exemple, nous pensons qu'il est important de comprendre l'influence qu'exercent les types et l'ampleur des prestations d'invalidité sur la durée des prestations et de définir les conditions optimales. Il est important de comprendre l'influence qu'exercent des milieux de travail sains et malsains sur l'incidence des demandes de prestations d'invalidité liées à une maladie mentale. Il est également important d'évaluer l'incidence des PAE.

Le Comité est fermement convaincu qu'il est impératif d'offrir des programmes d'éducation et de sensibilisation afin d'informer tous les échelons de l'organisation sur les causes, les symptômes et le traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Cela permettrait de dissiper la stigmatisation liée aux troubles mentaux. Même si la mise en œuvre de tels programmes ne peut pas garantir que tous les employés chercheront à obtenir un traitement rapide ou que la stigmatisation disparaîtra, elle contribuerait certainement à réduire le stress que subissent ceux qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie.

Nous convenons également avec les experts que les politiques de retour au travail doivent être examinées et révisées en conséquence. Les troubles mentaux ne s'intègrent pas dans le

modèle habituel de l'invalidité; de nombreux employeurs envisagent encore l'invalidité en fonction d'une incapacité physique. Par conséquent, les besoins des employés qui retournent au travail après une absence liée à un problème de santé mentale peuvent être très différents de ceux des employés qui reviennent au travail après avoir subi une chirurgie. Les mécanismes actuels de retour au travail devraient être examinés et modifiés pour tenir compte de ces situations différentes.

De plus, le Comité croit que la culture interne d'une organisation peut faire une énorme différence dans la façon d'aborder la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail. Les employeurs devraient examiner avec soin tous les problèmes en milieu de travail (harcèlement, relations conflictuelles entre la direction et les employés, etc.) qui provoquent un stress et une hostilité inutiles. Ces situations ont des conséquences négatives sur tous les employés, mais surtout sur ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie. Les employeurs devraient prendre des mesures pour remédier aux problèmes qui ressortent de ces examens.

Enfin, il faut donner suite à la préoccupation exprimée par beaucoup, soit la nécessité de revoir le RPC-I et l'PAE afin de tenir compte de la nature cyclique et imprévisible des troubles mentaux. Le gouvernement fédéral devrait également chercher une façon de partager plus équitablement avec les employeurs les coûts de la maladie mentale et de la toxicomanie.

PARTIE 3

La prestation de services et la politique gouvernementale dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie

CHAPITRE 7:

SERVICE DE SANTÉ MENTALE ET TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AU CANADA : PERSPECTIVE ET HISTORIQUE

INTRODUCTION

L'histoire des services de santé mentale et du traitement de la toxicomanie au Canada est parallèle à celle de l'Europe et des États-Unis. Les services de santé mentale ont très souvent évolué différemment du traitement de la toxicomanie au cours du dernier siècle. Il en a résulté deux systèmes distincts de soins et de soutien, soit l'un pour les personnes atteintes de maladies mentales et un autre pour les personnes souffrant de toxicomanie. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que l'on a cherché à favoriser une meilleure intégration des deux systèmes.

Le système de services de santé mentale et celui du traitement de la toxicomanie se sont efforcés d'offrir le traitement le plus compatissant et le mieux adapté possible, mais ils ont tous deux été affligés par la stigmatisation, qui a nui à leur développement. À cause de malentendus généralisés et d'idées fausses répandues, les gens atteints d'une maladie mentale étaient souvent qualifiés d'« idiots », d'« imbéciles » et d'« aliénés », tandis que les problèmes de toxicomanie étaient perçus comme un signe de faiblesse personnelle. Dans certains cas, une attitude punitive, illustrée par le désir d'isoler de la société les personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie, a nui à la prestation de services appropriés. Malgré les nombreux progrès des modèles de soins, des politiques et des lois, les impressions négatives et la stigmatisation persistent encore de nos jours.

Même si des améliorations spectaculaires ont été apportées ces vingt dernières années dans la prestation des services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie, le Comité convient avec de nombreux témoins qu'aucun de ces deux domaines n'a réussi à obtenir un appui public ou du financement gouvernemental suffisants pour que les services offerts soient de qualité égale à ceux que reçoivent les Canadiens dans le traitement de maladies physiques comme le cancer ou les maladies cardiaques.

Le présent chapitre donne un aperçu chronologique de l'évolution des services de santé mentale et du traitement de la toxicomanie au Canada. La section 7.1 résume l'évolution des points de vue sur la maladie mentale qui, au fil des siècles, ont influé sur l'approche adoptée au Canada. La section 7.2 présente un aperçu historique du développement du système de services de santé mentale au Canada. La section 7.3 analyse brièvement l'évolution du système de traitement de la toxicomanie.

7.1 ÉVOLUTION DES POINTS DE VUE SUR LA MALADIE MENTALE AU FIL DES SIÈCLES³²⁰

*Les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement ont toujours reflété les valeurs sociales qui influent sur la perception de la maladie mentale dans la société.
[OMS, 2001, p. 49]*

Pendant des siècles, les convictions religieuses, spirituelles ou culturelles ont dominé la façon dont les personnes atteintes d'une maladie mentale ont été traitées et considérées par la société. La psychiatrie est une science « jeune » par rapport à d'autres disciplines scientifiques.

Stein et Santos (1998) qu'on a trouvé des crânes de 5 000 ans, perforés de trous pouvant mesurer jusqu'à deux centimètres de diamètre, des pays de l'est de la Méditerranée et de l'Afrique du Nord. On croit que ces trous ont été percés avec des instruments acérés et que cette trépanation a été pratiquée pour des raisons thérapeutiques. Certains sujets étaient probablement atteints d'une maladie mentale et comme on croyait à l'époque qu'ils étaient possédés par de mauvais esprits, la trépanation avait pour but de libérer les mauvais esprits.³²¹

Dans la Grèce antique, on croyait que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave étaient sous l'influence des dieux en colère. Elles ont certainement subi de mauvais traitements. Celles dont la maladie était moins grave restaient libres, mais elles étaient méprisées et humiliées.³²² D'après Prince (2003), les valeurs culturelles de la Grèce antique annoncent la stigmatisation moderne à l'égard de la maladie mentale.³²³

Dans l'Europe du Moyen-Âge (du V^e au XVI^e siècle), on croyait que la maladie mentale avait des causes surnaturelles et on l'associait à la possession diabolique ou divine. Les personnes touchées étaient torturées, condamnées au bûcher, pendues ou décapitées afin de libérer l'âme de la possession diabolique.³²⁴

³²⁰ L'information contenue dans cette section se fonde sur les cinq documents suivants : 1) Leonard I. Stein et Alberto B. Santos, *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, New York, 1998; 2) Organisation mondiale de la santé, "Historical Perspective", section 3, in *The Mental Health Context*, Mental Health Policy and Service Guidance Package, Genève, 2003; 3) Organisation mondiale de la santé, « Résolution des problèmes de santé mentale », chapitre 3, dans *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, 2001; 4) Pamela N. Prince, "A Historical Context for Modern Psychiatric Stigma", dans *Mental Health and Patients' Rights in Ontario: Yesterday, Today and Tomorrow*, publié par le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques, Ontario, 2003, p. 58-60; 5) Association canadienne pour la santé mentale, *Au service de l'esprit – Une étude des services psychiatriques au Canada*, Toronto, 1963.

³²¹ Stein et Santos (1998), p. 6.

³²² Stein et Santos (1998), p. 6.

³²³ Prince (2003), p. 58.

³²⁴ OMS (2003), p. 17-19, OMS (2001), p. 49, et Stein et Santos (1998), p. 6-7.

Au XVII^e et au début du XVIII^e siècles, le point de vue dominant était que la maladie mentale constituait une déficience physique que l'on s'infligeait soi-même par excès de passion. Ce point de vue n'encourageait pas la compassion ni la tolérance; il servait plutôt à justifier des conditions de vie misérables et le recours à des entraves physiques dans des lieux de confinement. Certaines personnes étaient enchaînées aux murs et parfois même mises en cage.³²⁵

À la fin du XVII^e siècle, Philippe Pinel, médecin français, et William Tuke, quaker anglais, ont été les premiers à exprimer la conviction que ceux qui ont des comportements étranges et inexplicables souffrent d'une maladie mentale. Pinel reformera les hôpitaux de Bicêtre et de La Salpêtrière en France; il libérera les aliénés de leurs chaînes et les considèrera comme des êtres raisonnables. Il leur offrira des conditions de vie convenables et les traitera avec respect. De son côté, guidé par des idéaux humanistes, Tuke fonde en Angleterre l'institut York Retreat où les personnes atteintes de maladie mentale jouissent de conditions de vie convenables, sont traitées avec respect et travaillent, dans la mesure où elles le peuvent.³²⁶

La démarche élaborée par Pinel et Tuke est devenue ce qu'on a appelé le « traitement moral ». Son succès, qui repose sur le fait qu'on considère les personnes atteintes d'une maladie mentale comme des patients médicaux, a mené à la construction de nombreuses institutions psychiatriques, autrefois appelées « asiles d'aliénés » dans les pays européens et aux États-Unis. C'est à cette époque que naît la psychiatrie, en tant que discipline médicale.³²⁷

Au XIX^e et au XX^e siècles, on adopte une approche « plus scientifique » du traitement de la maladie mentale. On tente d'expliquer la maladie mentale comme une conséquence d'une maladie du cerveau ou de dommages au cerveau, ou comme la séquelle d'anomalies congénitales ou héréditaires. Parce que les tissus cervicaux endommagés et dévitalisés ne peuvent se régénérer et qu'on ne peut pas faire grand-chose pour corriger un défaut héréditaire, cette nouvelle démarche « scientifique » mène à une ère de pessimisme dans le traitement.³²⁸

Asile : Lieu de refuge et de protection pour les personnes atteintes de maladies mentales à long terme qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers actifs, mais qui ont besoin d'une supervision, de soins et de traitements continus dans un établissement ou institution communautaire.
[The 1998 British Columbia Mental Health Plan, p. 85.]

L'idée qu'un traitement psychologique rationnel, voire scientifique, de la maladie mentale est possible ne vient que lorsque des milliers de victimes de traumatisme dû à un bombardement pendant la Première Guerre mondiale démontrent d'une manière émouvante que tout le monde est vulnérable à un stress psychologique, social et physique et peut atteindre un point de rupture.³²⁹ Cette découverte a mené au développement de la psychiatrie et de la psychologie clinique modernes.

³²⁵ Stein et Santos (1998), pp. 6-7.

³²⁶ Stein et Santos (1998), p. 8.

³²⁷ Stein et Santos, (1998), p. 6-8, et OMS (2001), p. 49.

³²⁸ Association canadienne pour la santé mentale (1963), p. 2.

³²⁹ *Ibid.*

7.2 SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU CANADA³³⁰

Comme dans d'autres pays développés, l'évolution de la prestation de services de santé mentale au Canada a été marquée par trois processus distincts : d'abord l'approche morale ou humanitaire à l'égard du traitement de la maladie mentale, suivie de l'institutionnalisation et enfin de la désinstitutionnalisation.

7.2.1 L'approche morale ou humanitaire à l'égard de la maladie mentale (avant les années 1900)

Avant la Confédération, bon nombre de personnes atteintes de maladie mentale sont soit emprisonnées, soit prises en charge par la famille ou des organisations religieuses.³³¹ À l'époque, peu de médecins pratiquent la psychiatrie dans le Haut ou le Bas-Canada. Certains sont encore convaincus que toute forme de traitement, qu'il soit médical ou psychologique, des personnes atteintes de maladie mentale constitue une perte de temps, puisque ces personnes sont considérées comme des membres de la société incurables et non fonctionnels.³³² Le traitement des personnes souffrant de maladie mentale est donc essentiellement une fonction de garde.

À la fin du XIX^e siècle, le Haut et le Bas-Canada s'inspirent de l'expérience européenne et créent quelques petites institutions qui prennent exemple sur les approches de Tuke et de Pinel pour offrir aux patients un traitement moral ou humanitaire. Au départ cependant, il n'y a pas assez d'hôpitaux moraux pour tous ceux qui en ont besoin. De nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale restent confinées dans une chambre à la maison ou sont incarcérées avec des criminels de droit commun.

Le succès du traitement moral finit par entraîner la construction de nombreux grands asiles dans toutes les régions du pays. C'est ainsi que débute le processus d'institutionnalisation des personnes souffrant de maladie mentale. Au début, le coefficient patients-personnel est assez élevé pour offrir un traitement moral et des conditions de vie convenables, mais pour des raisons que nous expliquerons ci-dessous, la plupart de ces institutions ne sont pas en mesure de maintenir le taux de réussite des pionniers dévoués du traitement moral.

³³⁰ L'information contenue dans cette section se fonde sur les neuf documents suivants : 1) Santé et Bien-être social Canada, *Services de santé mentale au Canada*, Ottawa, 1990; 2) V. E. Appleton, « Psychiatry in Canada A Century Ago », *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 12, n° 4, août 1967, p. 344-361; 3) Elliot M. Goldner, *De la connaissance à la pratique – Le Fonds pour l'adaptation des services de santé : La santé mentale*, Série de rapports de synthèse, Santé Canada, 2002; 4) Cyril Greenland, Jack D. Griffin et Brian F. Hoffman, « Psychiatry in Canada from 1951 to 2001 », dans *Psychiatry in Canada: 50 Years*, Association des psychiatres du Canada, 2001, p. 1-16; 5) Quentin Rae-Grant, « Introduction », dans *Psychiatry in Canada: 50 Years*, Association des psychiatres du Canada, 2001, p. ix-xiii; 6) Henri Dorvil et Herta Guttman, *35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996*, Annexe 1 du rapport du Comité de la santé mentale du Québec intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, 1998; 7) Julio Arboleda-Florez, *Mental Health and Mental Illness in Canada : The Tragedy and the Promise*, mémoire au Comité, 19 mars 2003; 8) Paula Goering, Don Wasylenki et Janet Durbin, « Canada's Mental Health System », dans *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, n°s 3-4, mai-août 2000, p. 345-359; 9) Donald Wasylenki, « The Paradigm Shift From Institution to Community », chapitre 7, dans *Psychiatry in Canada: 50 Years*, Association des psychiatres du Canada, 2001, p. 95-110.

³³¹ Santé et Bien-être social Canada (1990), p. 15.

³³² V.E. Appleton (1967), p. 344-361.

7.2.2 L'institutionnalisation (de 1900 à 1960)

S'inspirant de l'expérience européenne et américaine, les asiles d'aliénés prolifèrent au Canada.³³³ Ces grandes institutions habituellement indépendantes se trouvent souvent dans des lieux très isolés. Une fois qu'elles y sont admises, de nombreuses personnes souffrant de maladie mentale y passent le reste de leur vie. Certains patients sont admis contre leur gré, à l'issue d'un processus juridique, et sont confinés dans des services dont les portes sont fermées à clé. Le traitement tente d'intégrer le travail grâce à l'ergothérapie ou à la réadaptation professionnelle (qui rémunère faiblement les patients), ainsi que par des activités récréatives et sociales. Les liens entre le personnel et les patients sont paternalistes. La plupart des patients restent isolés de leur famille et de leur collectivité.³³⁴

De nombreux traitements psychiatriques courants à cette époque – hydrothérapie, coma insulinique, psychochirurgie (en l'occurrence, la lobotomie) – ne sont plus en vogue ou ont été abandonnés pour des raisons scientifiques ou déontologiques.³³⁵ La thérapie électroconvulsive (ou TEC), dispensée au départ sans anesthésie ni relaxants musculaires, est alors un traitement courant mais controversé.³³⁶ Les convulsions qui accompagnent les électrochocs provoquent souvent de graves complications – des crises qui durent plus longtemps que prévu, une hausse de la tension artérielle, une modification du rythme cardiaque, et des fractures par tassement de la colonne vertébrale. Depuis, bien qu'elle continue de faire l'objet de controverse dans certains milieux, la TEC a été largement reconnue et sanctionnée par la psychiatrie et la médecine en général comme étant un traitement sûr et efficace de la schizophrénie, de la dépression grave et de la manie extrême.³³⁷ On reconnaît généralement que l'absence de traitements efficaces pour les patients souffrant de maladie mentale a grandement contribué à l'opinion généralement peu favorable à l'égard de la psychiatrie durant toute cette période.³³⁸

Il convient de souligner qu'on s'est efforcé, durant la période de l'institutionnalisation, de promouvoir la santé mentale et de déstigmatiser la maladie mentale. Par exemple, en 1948, le gouvernement fédéral établit des subventions nationales à la santé mentale afin d'améliorer la formation et les services. Les fonds de cette source ont également mené à des campagnes de sensibilisation visant à promouvoir la santé mentale des bébés et des enfants. La « Semaine de la santé mentale » est désignée au Canada pour la première fois en 1951. Durant cette période également, l'Association canadienne pour la santé mentale lutte pour modifier la

³³³ Elliot Goldner (2002), p. 1.

³³⁴ Greenland, Griffin et Hoffman (2001), p. 2.

³³⁵ L'hydrothérapie consiste à traiter des maladies par l'utilisation interne et externe, copieuse et fréquente d'eau pure. Le coma insulinique était un traitement rarement utilisé de la maladie mentale consistant à provoquer un coma hypoglycémique à l'aide d'insuline.

³³⁶ La TEC est une procédure qui consiste à faire passer un faible courant électrique dans une région du cerveau pendant une à trois secondes afin de provoquer des changements neurochimiques associés au soulagement de symptômes psychiatriques; la stimulation électrique provoque également une brève crise, dont l'apparence est modifiée par des relaxants musculaires. Elle dure généralement de 20 à 30 secondes et se termine ensuite spontanément. Le patient est anesthésié et endormi pendant le traitement et la crise.

³³⁷ Santé et Bien-être social Canada (1990), p. 15.

³³⁸ Quentin Rae-Grant (2001), p. x.

terminologie employée dans les lois, et parfois dans la publicité, qui qualifie les personnes souffrant de maladie mentale d'« idiots », d'« imbéciles » et d'« aliénés ».³³⁹

Après la Seconde Guerre mondiale, les institutions psychiatriques au Canada deviennent surpeuplées. En 1950, on dénombre quelque 66 000 patients dans les hôpitaux psychiatriques du Canada; ils sont plus nombreux que les patients dans les hôpitaux non psychiatriques.³⁴⁰ La plupart des institutions psychiatriques fonctionnent à plus de 100 p. 100 de leur capacité. Le manque de personnel, le surpeuplement et l'absence de traitements efficaces font en sorte qu'on attache plus d'importance au confinement qu'à la thérapie. Contrairement à l'intention initiale de dispenser un traitement moral, les soins institutionnels deviennent primitifs et restrictifs; ils font appel à des méthodes comme le confinement ou la contention chimique et physique.³⁴¹ Toutes ces conséquences négatives ont contribué à la désinstitutionnalisation décrite dans la section suivante.

7.2.3 La désinstitutionnalisation (de 1960 à nos jours)

... la désinstitutionnalisation n'est pas simplement un congé donné aux patients. Il s'agit d'un processus complexe dans lequel la désbospitalisation devrait mener à la création d'un réseau de services hors des hôpitaux psychiatriques. Malheureusement, dans de nombreux pays développés, la désinstitutionnalisation n'a pas été accompagnée par le développement de services communautaires pertinents. [...] Il est devenu de plus en plus clair que si du financement et des ressources humaines suffisantes pour l'établissement de services communautaires n'accompagnent pas la désinstitutionnalisation, les personnes atteintes de troubles mentaux pourraient avoir accès à moins de services de santé mentale et les services existants pourraient être utilisés au-delà de leurs capacités. (OMS, 2003, p. 18)

Quelques facteurs ont encouragé la tendance à la désinstitutionnalisation. Premièrement, à cause du surpeuplement et des pénuries d'effectifs, de nombreux établissements psychiatriques étaient considérés comme des environnements non thérapeutiques où les gens qui y séjournait étaient tout simplement confinés et traités de manière inhumaine. Deuxièmement, de nombreuses études au Canada, en Europe et aux États-Unis ont fait ressortir les conséquences négatives de l'institutionnalisation à long terme sur le bien-être des personnes souffrant de maladie mentale : indifférence, apathie, obéissance passive, négligence de soi et, parfois, comportement agressif, importante perte d'habiletés sociales, dépendance accrue, et maladies physiques chroniques accrues découlant de l'isolement et des relations autoritaires entre le personnel et les patients.³⁴² Troisièmement, l'arrivée de la chlorpromazine –médicament efficace pour contrôler les psychoses et les troubles du

³³⁹ Greenland, Griffin et Hoffman (2001), p. 3.

³⁴⁰ Greenland, Griffin et Hoffman (2001), p. 2.

³⁴¹ Santé et Bien-être social Canada (1990), p. 15.

³⁴² Dorvil et Guttman (1998), p. 116.

comportement graves – et d’autres médicaments neuroleptiques a fait naître l’espoir que des « cures » seraient bientôt découvertes pour des maladies mentales graves et persistantes comme la schizophrénie (il est intéressant de souligner que ces premiers résultats de recherches ont stimulé un intérêt considérable pour la recherche en psychopharmacologie et en neurosciences au Canada). Tout au moins, on espérait que, grâce à ces nouveaux médicaments, les personnes souffrant de maladie mentale pourraient mener une vie confortable hors des hôpitaux, ce qui leur permettrait de reprendre les fonctions de la vie quotidienne, sans faire l’objet d’une supervision et de soins constants. Quatrièmement, il s’est avéré difficile de résister aux encouragements financiers présentés aux gouvernements provinciaux par les ententes fédérales-provinciales de partage des coûts visant à financer des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.³⁴³

Deux rapports nationaux importants ainsi que ceux de plusieurs commissions provinciales³⁴⁴ ont fait ressortir ces observations et encouragé la transition vers la désinstitutionalisation. En 1963, le Conseil national de planification scientifique de l’Association canadienne pour la santé mentale publiait *Au service de l’esprit*, qui affirmait que la maladie mentale devrait être abordée dans le même cadre organisationnel, administratif et professionnel que la maladie physique. Il recommandait que les services psychiatriques soient intégrés aux ressources physiques et professionnelles des autres soins de santé.³⁴⁵

[À] l’époque de la révolution en psychiatrie [...] [O]n a commencé par rencontrer les curés, les notables de la communauté pour dire que le patient psychiatrique n’est pas une personne dangereuse, du moins pas plus dangereuse que les autres, et qu’il fallait donc lui laisser sa chance. On ne pouvait pas faire sortir les patients de l’hôpital psychiatrique et les intégrer dans la communauté sans qu’ils aient acquis des habiletés sociales. C’est à ce moment-là que les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs, ont commencé à apprendre des habiletés aux patients psychiatriques pour qu’ils puissent fonctionner dans la société. [Henri Dorvil, professeur, École de travail social, UQAM (14:39)]

Par ailleurs, en 1964, la Commission royale sur les services de santé, présidée par Emmett Hall déclarait que toute distinction dans les soins aux personnes atteintes de maladies physiques ou mentales devrait être évitée à tout jamais, parce qu’elle ne repose sur aucun fondement scientifique. La Commission recommandait que les patients capables de recevoir des soins dans des unités de psychiatrie des hôpitaux généraux reçoivent leur congé des hôpitaux psychiatriques le plus rapidement possible. Il était prévu que les patients occuperaient des lits dans les unités de psychiatrie d’hôpitaux généraux pour de brèves périodes durant les épisodes de maladie, mais qu’autrement, ils mèneraient une vie réussie et satisfaisante dans leur collectivité.³⁴⁶

La désinstitutionalisation a donc commencé dans les années 60. La route fut longue. D’ailleurs, la désinstitutionalisation proprement dite a comporté trois phases distinctes,

³⁴³ Donald Wasylenki (2001), p. 95-110.

³⁴⁴ Comme la Commission Bédard au Québec (1961-1962) et la Commission Blair en Alberta (1967-1969).

³⁴⁵ Association canadienne pour la santé mentale, *Au service de l’esprit – Une étude des services psychiatriques au Canada*, Toronto, 1963.

³⁴⁶ Tel que cité et signalé dans Donald Wasylenki (2001), p. 96.

commençant au début des années 60 et se poursuivant jusqu'à aujourd'hui. La première phase (7.2.3.1) a consisté à transférer les soins des établissements psychiatriques vers les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux. La deuxième phase (7.2.3.2) a porté l'élargissement des soins de santé mentale dans la collectivité et les moyens de soutien communautaires dont avaient besoin les personnes souffrant de maladie mentale et leurs familles. Dans la troisième phase (7.2.3.3), qui se poursuit encore, on cherche à intégrer les divers services et moyens de soutien de santé mentale disponibles dans les collectivités et à accroître leur efficacité.³⁴⁷

7.2.3.1 Les unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux (années 60)

La désinstitutionnalisation [...] a évolué en partie comme un phénomène naturel à la suite de l'arrivée de nouveaux traitements pharmacologiques, à l'ère des premiers médicaments anti-psychotiques. Des patients ayant passé des années en institution peuvent maintenant être traités grâce à des médicaments efficaces, leur état s'améliorant souvent à un point tel qu'ils peuvent réintégrer la collectivité. Au cours des années subséquentes, la désinstitutionnalisation est devenue un but souhaitable. Au début de la psychiatrie communautaire, on a pensé que les problèmes comportementaux de nombreux patients souffrant de maladie chronique étaient consécutifs à une quelconque forme de « névrose institutionnelle ». En prenant des mesures pour retirer ces patients d'un milieu pathogène et en les réhabilitant dans la société, on espérait que la réinsertion sociale réussirait pour un grand nombre d'entre eux.

[Dr Dominique Bourget, psychiatre légiste, Hôpital Royal d'Ottawa, mémoire au Comité, juin 2003, p. 2.]

La première phase de la désinstitutionnalisation a consisté à transférer un grand nombre de patients en soins de longue durée des hôpitaux psychiatriques vers les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux et à les envoyer directement dans les collectivités relativement peu préparées. Tout au long des années 60, on a ainsi fermé plusieurs des plus gros établissements canadiens isolés. Les hospitalisations de longue durée ont petit à petit été remplacées par des séjours intermittents et plus courts. De 1960 à 1970, le nombre de journées d'hospitalisation par patient dans les institutions psychiatriques a diminué de moitié. Le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est passé d'environ quatre par 1 000 habitants en 1964 à moins d'un en 1979.³⁴⁸

On espérait que cette transition des institutions psychiatriques vers les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux aurait une grande incidence en atténuant la stigmatisation associée à la

³⁴⁷ Donald Wasylenki (2001), p. 95-110.

³⁴⁸ Santé et Bien-être social Canada (1990), p. 17.

maladie mentale et à la psychiatrie, à mesure que ces maladies et les spécialistes qui les traitaient seraient plus étroitement intégrés au reste de la médecine.³⁴⁹

Au début, les hôpitaux généraux et les institutions psychiatriques ont résisté au placement des patients psychiatriques dans les hôpitaux généraux, certains de ces établissements ne voulant pas de patients psychiatriques, tandis que des institutions psychiatriques s'inquiétaient de la réduction spectaculaire de leurs ressources.³⁵⁰ Mais il y avait des avantages au transfert des soins vers les hôpitaux généraux dont les unités de soins avaient l'avantage et la possibilité de dépister rapidement la maladie, de donner des soins psychiatriques préventifs et de traiter un vaste éventail de troubles psychiatriques moins graves.³⁵¹

Malheureusement, les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux n'ont pas bien servi les patients qui ont quitté les anciennes institutions psychiatriques. D'une part, les ressources humaines et financières n'ont pas été réaffectées aux hôpitaux généraux quand les patients ont obtenu leur congé des institutions psychiatriques. D'ailleurs, des études menées à la fin des années 70 ont montré que les personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes étaient traitées dans les unités de psychiatrie d'hôpitaux généraux qui avaient beaucoup moins de ressources que n'en avaient les institutions psychiatriques où ils se trouvaient auparavant.³⁵²

D'autre part, les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux étaient plutôt utilisées sur une base volontaire par des personnes à revenu moyen ou élevé qui y étaient dirigées par des psychiatres privés, tandis que les institutions psychiatriques offraient généralement des services à des personnes moins nanties et à celles qui y étaient admises contre leur gré. Cette situation a créé un système de soins de santé mentale à deux vitesses : les hôpitaux généraux et les institutions psychiatriques servaient des groupes de patients qui se chevauchaient rarement.

Fait plus important, la fermeture ou la réduction de la taille des institutions psychiatriques a été réalisée sans un financement suffisant au niveau communautaire pour que la collectivité puisse offrir un soutien psychologique et des services de réadaptation hors de l'hôpital. Les collectivités se sont donc retrouvées mal préparées pour offrir un soutien adéquat aux patients ayant reçu leur congé des institutions psychiatriques. De nombreuses personnes, handicapées par des maladies psychiatriques persistantes, arrivaient à peine à subsister dans la collectivité. Même si elles vivaient désormais dans un environnement moins restrictif, elles recevaient beaucoup moins de services et de soins, voire pas du tout. D'après de nombreux témoins, il s'agit d'une leçon cruciale qui ne devrait jamais être oubliée dans quelque réforme que ce soit du système de santé mentale.

L'absence de services et de moyens de soutien convenables dans la collectivité pour ceux qui souffraient de maladies mentales a eu les conséquences suivantes :

- fréquence élevée de rechutes (retour à l'état psychotique) et, par conséquent, hausse du taux de réadmission dans les hôpitaux;

³⁴⁹ Donald Wasylenki (2001), p. 107-109.

³⁵⁰ Greenland, Griffin et Hoffman (2001), p. 4.

³⁵¹ Greenland, Griffin et Hoffman (2001), p. 7.

³⁵² Don Wasylenki (2001), p. 97.

- « Syndrome de la porte tournante », qui fait qu'après avoir été admis à nouveau et traités dans un hôpital, les patients retournaient vers des soins insuffisants dans la collectivité, redevaient malades et recommençaient le cycle une fois de plus;
- itinérance accrue;
- hausse des comportements criminels et des incarcérations (parfois pour des délits mineurs).

Cette situation a été tragique pour les personnes souffrant de maladie mentale et leurs familles. Quelques experts en sont venus à croire que la politique de désinstitutionnalisation était une grave erreur. Ils sont arrivés à la conclusion que les patients feraient mieux de vivre dans des institutions. Mais en règle générale, la plupart des experts et les personnes souffrant de maladie mentale n'étaient pas d'accord. Ils ont refusé de se joindre à ceux qui demandaient une réinstitutionnalisation massive et ils ont préconisé la prestation de services et moyens de soutien à long terme pour les besoins quotidiens afin qu'on puisse mener une vie stable dans la société.

7.2.3.2 Les services et moyens de soutien communautaires de santé mentale (années 70 et 80)

Dans cette deuxième phase de la désinstitutionnalisation, le passage des soins institutionnels aux soins communautaires s'est poursuivi avec une insistance non seulement sur les soins communautaires de santé mentale proprement dits, mais aussi sur les moyens de soutien communautaires en santé mentale.

Dans cette phase, les gouvernements provinciaux ont commencé à financer les services de santé mentale hors du milieu hospitalier, principalement pour combler des lacunes dans les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux. Ces services étaient fournis par des cliniques communautaires de santé mentale. En outre, durant cette phase, on a insisté sur la nécessité de disposer d'un vaste éventail de moyens de soutien et de services communautaires (comme des services de logement, des programmes de réadaptation professionnelle, et un soutien du revenu) afin de maintenir les personnes souffrant de maladie mentale dans la société, en particulier celles qui souffraient de maladies graves et persistantes. On croyait qu'il fallait une approche plus équilibrée pour affecter le financement des services de santé mentale entre les soins coûteux axés sur le traitement dispensés dans des institutions et les soins et moyens de soutien communautaires de santé mentale. Il fallait gérer les cas afin d'assurer la coordination des services dans un système de prestation de services communautaires.

Durant cette phase, les défenseurs des soins communautaires se sont opposés aux défenseurs des soins en institutions, et les hôpitaux ont été considérés comme une cause du problème plutôt que comme un élément de solution. De plus, les intérêts des professionnels ont parfois paru diverger de ceux des personnes souffrant de maladie mentale et de leurs familles. Les gouvernements ont de

L'histoire nous a enseigné que la santé mentale et la maladie mentale transcendent les limites de la santé et recourent de nombreux domaines de la politique sociale comme le logement, le soutien du revenu, les services sociaux, l'emploi et la justice.

[Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, juin 2003, p. 1.]

moins en moins tendu l'oreille aux conseils des professionnels et ont écouté davantage les personnes souffrant d'une maladie mentale et les membres de leurs familles. Les organisations non gouvernementales, en particulier, sont devenues fortes et efficaces durant cette phase; les pressions exercées sur les gouvernements pour qu'ils offrent un soutien du revenu et des possibilités de socialisation étaient aussi fortes que les pressions exercées par les professionnels en faveur d'un traitement.³⁵³

Les années 70 et 80 ont également été marquées par les progrès de la psychiatrie biologique, qui ont démontré que des systèmes de neurotransmetteurs anormaux peuvent sous-tendre la maladie mentale. La recherche dans ce domaine de la psychiatrie a également été essentielle pour expliquer l'efficacité des médicaments psychotropes. Durant cette période, la recherche au Canada a grandement contribué, à l'échelle nationale et internationale, non seulement à élargir les connaissances sur les fonctions du cerveau, mais aussi à trouver des médicaments modernes et à améliorer la gestion thérapeutique des troubles mentaux. Ces années ont également été marquées par des contributions importantes de scientifiques canadiens dans le domaine de la génétique et des troubles mentaux, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire.

À la fin des années 80, même s'ils existaient dans la plupart des provinces, les services et moyens de soutien en santé mentale n'étaient pas bien intégrés. On a d'ailleurs parlé de « trois solitudes » pour décrire les hôpitaux psychiatriques, les unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et les cliniques, les moyens de soutien et les services communautaires en santé mentale.

7.2.3.3 L'amélioration de l'efficacité et l'intégration des services et moyens de soutien en santé mentale (des années 90 à nos jours)

Tout comme dans la phase précédente, il était reconnu qu'il fallait davantage d'interventions des services communautaires de santé mentale comprenant des visites à domicile, des services d'information, des équipes mobiles d'intervention en cas de crise, des partenariats importants avec des groupes d'entraide, des équipes de suivi communautaire intensif, etc. Mais dans cette troisième phase de la désinstitutionalisation, les personnes souffrant de maladie mentale et leurs familles, par l'entremise de diverses organisations non gouvernementales, ont continué d'exercer des pressions sur les gouvernements pour qu'ils offrent des moyens de soutien communautaires plus nombreux et de meilleure qualité dans divers domaines comme le logement, le soutien du revenu, les possibilités d'emploi, etc.

Contrairement à la phase précédente, cependant, la troisième phase a été marquée par l'importance accordée à la recherche empirique. De fait, il y a une importante tendance vers l'adoption du cadre de « pratiques exemplaires » par les décideurs, les professionnels, les personnes atteintes de maladie mentale et les membres de leurs familles. L'approche fondée sur des preuves devrait permettre une coopération et une collaboration beaucoup plus grande, ce qui facilitera la réforme de la santé mentale. Les hôpitaux (hôpitaux généraux et institutions psychiatriques) ne sont plus considérés comme des éléments qui évoluent hors des systèmes de soins complets, mais plutôt comme des éléments essentiels qui doivent repenser leurs fonctions et leurs mécanismes clés afin de mieux relier les soins en

³⁵³ Wasylenki (2001), p. 107-109.

établissement et les soins communautaires. Par conséquent, la troisième phase, qui se poursuit encore, se caractérise par une plus grande inclusion dans la planification et la mise en œuvre ainsi que par un consensus beaucoup plus clair sur les réformes nécessaires.³⁵⁴

Dans de nombreuses provinces, le modèle préféré de prestation de services de santé mentale comprend actuellement un vaste éventail de services communautaires coordonnés fonctionnant de pair avec les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux et les centres régionaux connexes de soins de santé mentale.

Il reste cependant d'importants défis à relever. La maladie mentale est un phénomène social; elle ne se cantonne pas seulement au domaine des soins de santé. Comme le savent bien les citoyens des grandes villes, le nombre de sans-abri augmente. Les programmes de psychiatrie médico-légale ont de plus en plus besoin d'espace. De plus, le Canada est une société multiculturelle et il faut donc offrir des services de services de santé mentale et des moyens de soutien d'une manière qui tient compte des différences culturelles.³⁵⁵ Mais peut-être avant tout, les nombreux besoins changeants des enfants, des adolescents et des jeunes adultes souffrant de maladies mentales – secteur le plus négligé de tous – nécessitent une importante intervention concertée entre tous les secteurs de la part des systèmes encore mal coordonnés de santé mentale, de soins de santé, de services sociaux, d'éducation, de services correctionnels, de services récréatifs, de programmes professionnels et de traitement de la toxicomanie.

À mon sens, la, désinstitutionnalisation est légitime dans la plupart des cas – pas la totalité – mais seulement si la collectivité est capable de fournir des services, si la société a été informée au moyen d'une politique appropriée d'éducation publique, s'il existe des logements abordables et sûrs, et s'il existe des possibilités d'emploi. Peut-on imaginer qu'un consommateur institutionnalisé et pour qui chaque seconde compte soit soudainement obligé de trouver un emploi dans une société où il sera stigmatisé et où il aura peu de chances de trouver un logement?
[Michael J. Grass (17:44)]

7.3 TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AU CANADA³⁵⁶

L'évolution du traitement de la toxicomanie au Canada se caractérise par cinq phases distinctes. La première, qui s'est terminée à la fin des années 40, est dominée par des attitudes moralistes et un manque général d'attention au traitement. Des asiles privés offrent alors certains traitements de la toxicomanie et certains services de counselling sont mis en place dans des prisons. Toutefois, la plupart des personnes ayant des problèmes de toxicomanie (liés à l'alcool ou à d'autres drogues) n'ont qu'un accès limité aux services de traitement. Le point de vue dominant est que ces problèmes découlent d'un « manque de volonté » ou de « troubles de la personnalité ».

³⁵⁴ Don Wasylenki (2001), p. 107-109.

³⁵⁵ Quentin Rae-Grant (2001), p. xi.

³⁵⁶ Cette section se fonde sur des renseignements fournis dans les deux documents suivants : 1) Santé Canada, « Évolution du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies au Canada », dans *Profil – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation au Canada*, Ottawa, 1999, p. 3-5 <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/profil.pdf>; 2) Colleen Hood, Colin McGuire et Gillian Leigh, *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances – Document de travail*, commandé par Santé Canada, 1996.

La deuxième phase, qui a pris fin au milieu des années 60, se caractérise par un changement d'attitude face à l'alcoolisme et, dans une moindre mesure, à l'égard des problèmes liés aux autres drogues. L'un des facteurs déterminants de cette transformation est la place grandissante que se taille le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA). Les AA répandent l'idée que l'alcoolisme, quoique incurable, peut être contrôlé, à condition que le sevrage s'accompagne d'un traitement et que l'alcoolique suive un programme de guérison en 12 étapes. Avec l'aide de figures de proue de la collectivité, les membres des AA, à force de pressions, réussissent à obtenir du secteur public qu'il finance les programmes de traitement et de sensibilisation. Ils appuient leurs démarches sur l'opinion que l'alcoolisme n'est pas un symptôme ou une séquelle de faiblesse morale, mais plutôt une « maladie » qu'on peut prévenir et traiter.

Durant cette phase, la plupart des provinces créent des ministères, des commissions ou des fondations chargés d'offrir ou de coordonner les services de traitement de la toxicomanie. De nombreux nouveaux services sont établis. Au départ, ces organismes devaient se concentrer sur les problèmes liés à l'alcool, mais par la suite, à mesure que les problèmes liés aux autres drogues se sont intensifiés, leur mandat a été élargi pour englober ce genre de problèmes. Il convient de noter toutefois que le traitement administré aux utilisateurs de drogues illicites était offert dans une optique fortement punitive.

La troisième phase a commencé au milieu des années 60. Elle débute au moment où la consommation de drogues augmente fortement et se caractérise par l'expansion rapide des services liés à la toxicomanie. La croissance la plus rapide a été enregistrée entre 1970 et 1976. Sur les quelque 340 organismes spécialisés actifs en 1976, les deux tiers avaient vu le jour après 1970; les dépenses pour les services de traitement sont passées de 14 millions de dollars à 70 millions de dollars pendant la même période. Parmi la gamme des services mis sur pied durant cette période, mentionnons les centres de désintoxication, les programmes de traitement ambulatoire, les établissements pour séjours courts et prolongés et les services de suivi. On offre alors des services destinés aux alcooliques à des personnes aux prises avec des problèmes liés à des drogues autres que l'alcool, mais on crée également certains services spécialisés de traitement des problèmes liés aux « drogues », y compris un certain nombre de communautés thérapeutiques. C'est durant cette période qu'on constate que les personnes qui suivent un traitement de lutte contre l'alcoolisme sont de plus en plus nombreuses à consommer aussi d'autres drogues.

La quatrième phase a commencé dans les années 80. Elle se caractérise par l'autonomie relative des fondations et commissions provinciales dans le cadre de leurs systèmes de santé

Contrairement au modèle moral qui « blâme la victime » pour l'installation de la toxicomanie, le nouveau point de vue est qu'il s'agit d'une maladie causée par des facteurs génétiques et biologiques. La personne atteinte n'est plus tenue personnellement responsable de ses « mauvaises habitudes », étant donné que les facteurs déterminants de son comportement habituel sont des facteurs biogénétiques qu'elle ne maîtrise pas. Le modèle de la maladie est d'abord présenté par des universitaires spécialistes de l'alcoolisme. Ces dernières années, le concept de l'alcoolisme considéré comme maladie a été étendu à l'usage invétéré d'autres drogues.

[Ministry of Health Services, Colombie-Britannique, Every Door is the Right Door, mai 2004, annexe III, p. 72.]

et de services sociaux respectifs. Dans bien des cas, les recherches sur la toxicomanie, la sensibilisation et le traitement évoluent en parallèle, mais sont loin de s'harmoniser avec les systèmes généraux de santé et de services sociaux communautaires. Malgré cela, le rôle de ces derniers dans le repérage et l'appui des services spécialisés de traitement de la toxicomanie devient de plus en plus apprécié.

Cette phase est en outre marquée par la diversification et la spécialisation des services de traitement et par la croissance du nombre de services spécialisés, notamment pour les femmes, les adolescents et les Autochtones. Cette tendance est appuyée par des recherches démontrant que les personnes réagissent différemment à différents types de traitement et par la conviction de plus en plus répandue que la thérapie devrait être adaptée aux besoins et aux problèmes particuliers des clients. S'il est vrai qu'on se contente généralement d'adopter diverses variantes du modèle de traitement médical à l'échelle du pays, des thérapies fondées sur des théories et des études cognitives, comportementales et sociales voient néanmoins le jour durant la même période. C'est ce qu'on a appelé le modèle cognitivo-comportemental. La Stratégie canadienne antidrogue, fruit d'un partenariat multisectoriel, est lancée en 1987 et sert à stimuler un éventail d'activités pancanadiennes à l'appui, notamment, de services de traitement et de réadaptation novateurs.

La cinquième phase, qui a commencé au début des années 90 et se poursuit actuellement, a découlé de changements spectaculaires dans la structure des services de santé canadiens. Dans une conjoncture générale favorable à la réforme des soins de santé, la plupart des services de traitement offerts par l'État ont été intégrés aux mécanismes communautaires de prestation de santé et de services sociaux. Dans cette phase, on est plus conscient de la nécessité d'étendre l'intégration des services de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies, non seulement au système de soins de santé mentale, mais aussi à plus grande échelle, c'est-à-dire aux politiques de sécurité sociale et aux systèmes de soutien social. Cette intégration des services est le fruit de l'adoption d'un modèle de santé de la population par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le modèle global de la santé de la population insiste sur un ensemble complexe de déterminants de la santé – des facteurs sociaux, économiques, culturels et environnementaux, y compris des choix comportementaux – qui influent sur l'état psychologique et sur l'état biologique.

Durant cette phase, de nouveaux types de drogues plus puissantes sont apparus. Les jeunes enfants et les adolescents risquent de tomber dans la toxicomanie plus tôt que jamais. De plus, avec la récente prolifération au Canada des possibilités de s'adonner au jeu, un grand nombre de provinces et de territoires sont confrontés à une nouvelle dépendance, le jeu compulsif. En outre, à mesure que les entreprises s'intéressent de plus en plus à la toxicomanie, les entreprises et l'industrie dirigent de plus en plus de leurs employés vers les services canadiens de traitement de la toxicomanie.

7.4 OBSERVATIONS DU COMITÉ

La stigmatisation liée à la maladie mentale et à la toxicomanie au Canada a grandement entravé la prestation de services efficaces de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Le Comité est fermement convaincu que résoudre le problème de la stigmatisation et de la discrimination constitue une étape importante vers la planification et la prestation plus efficaces de services de santé mentale, de traitements et de moyens de soutien connexes.

Au cours des 50 dernières années, la recherche biomédicale et clinique, les découvertes scientifiques en neurosciences, en génétique et en biologie, et les progrès des sciences cognitives et comportementales ont permis de mieux comprendre les maladies mentales et les troubles liés à l'usage de substances. Ils ont permis le développement de médicaments, traitements et thérapies efficaces auxquels les scientifiques canadiens ont grandement contribué. De fait, le Canada a été à l'avant-garde de l'application des progrès en neurosciences aux troubles mentaux. De plus, les neurosciences ont constitué une importante force internationale de la recherche canadienne. Les percées récentes dans des domaines comme la neurogénétique et la schizophrénie ou la neuropharmacologie et la dépression, auront une grande incidence sur de nombreux aspects des troubles mentaux, y compris la prévention du suicide. Le Comité convient avec de nombreux témoins que, grâce à la recherche en santé, il y a lieu de croire que le XXI^e siècle sera marqué par une amélioration importante des soins et des traitements offerts aux personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et peut-être également de la prévention des maladies de ce genre.

La désinstitutionnalisation des années 60 aux années 80 nous a enseigné quelques leçons importantes ayant des implications sur la façon d'offrir des services et des moyens de soutien aux personnes qui souffrent de troubles mentaux. Ainsi, il faut effectuer une importante réforme des systèmes afin d'assurer une prestation intégrée de toute la gamme des services et des moyens de soutien dont ont besoin les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Cette réforme devra forcément passer par l'intégration des trois solitudes – les institutions, les services communautaires et les moyens de soutien communautaires – et par l'intégration des systèmes actuellement séparés – l'un pour la maladie mentale et l'autre pour la toxicomanie. Il faut commencer par considérer les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie comme des êtres humains et non comme des diagnostics ou des étiquettes psychiatriques. Elles doivent participer, avec leurs familles, à la détermination de la voie vers le rétablissement. Il faut pour cela la collaboration des intervenants de tous les niveaux et des partenariats entre eux. Les gouvernements doivent jouer un rôle de leadership dans cette entreprise très importante.

La participation des personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie ainsi que de leurs familles à la vie communautaire est essentielle à toutes les étapes de la réforme et du renouveau. Les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et leurs familles possèdent des connaissances importantes sur la façon dont le système fonctionne (et sur ce qui ne fonctionne pas). Le Comité convient avec de nombreux témoins qu'en tenant compte des points de vue des personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie et de leurs

familles dans la planification, l'élaboration des politiques, la conception et la prestation des services, on évitera de nombreux faux-pas.

CHAPITRE 8:

POLITIQUE ET LÉGISLATION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE AU CANADA : ANALYSE DE QUELQUES CADRES PROVINCIAUX

INTRODUCTION

Les politiques, les programmes et la législation dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie incombent aux gouvernements provinciaux et territoriaux et au gouvernement fédéral, et font donc intervenir de nombreux ministères et organismes. Ce sont, toutefois, les gouvernements provinciaux et territoriaux qui s'occupent au premier chef de l'organisation, de la gouvernance, du financement et de la prestation des services de santé mentale ainsi que des moyens de soutien et des traitements des toxicomanies au Canada. Les provinces et les territoires régissent également les lois sur la santé mentale qui les concernent.

Le gouvernement fédéral est directement responsable de la prestation des services de santé mentale et des traitements de la toxicomanie dans le cas des Indiens inscrits et des Inuits, des militaires, des anciens combattants, du personnel de l'Aviation civile, de la GRC, des détenus des pénitenciers fédéraux, des nouveaux immigrants et des fonctionnaires fédéraux. Le gouvernement fédéral assume, par ailleurs, différentes responsabilités : promotion de la santé et prévention de la maladie; surveillance de la maladie; recherche en santé; droits de la personne; approbation des médicaments et drogues; prestations d'emploi et d'invalidité, etc. Toutes ces dimensions ont des répercussions directes ou indirectes sur la prestation des services de santé mentale, sur les moyens de soutien et sur les traitements des toxicomanies dans les provinces et dans les territoires.

Le présent chapitre a pour objet de donner un aperçu général du rôle et des responsabilités des gouvernements provinciaux et territoriaux en ce qui a trait à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Le rôle du gouvernement fédéral sur ces différents plans est analysé en détail dans un chapitre subséquent.

La section 8.1 décrit brièvement, avant de les comparer entre eux, la structure organisationnelle et le degré d'intégration des services de santé mentale et du système de traitement des toxicomanies dans certaines provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse, Ontario et Québec). Il donne aussi des renseignements sur les réformes que ces provinces ont récemment entreprises. La section 8.2 dégage un certain nombre de problèmes propres aux systèmes provinciaux et territoriaux d'après les témoignages recueillis par le Comité. La section 8.3, quant à elle, examine les lois sur la santé mentale dans tous les ressorts au Canada et met en exergue les principaux aspects qui les diffèrent. La section 8.4, enfin, présente les observations du Comité.

8.1 SYSTÈMES PROVINCIAUX DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE TRAITEMENT DES TOXICOMANIES

8.1.1 L'Alberta³⁵⁷

Le ministère de la Santé et du Mieux-être (Ministry of Health and Wellness) s'occupe de l'élaboration et de la mise en œuvre de l'ensemble des politiques, du financement, de la planification des services et de l'évaluation dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Les régies régionales de la santé et l'Alberta Mental Health Board se partagent la responsabilité des services communautaires et institutionnels de santé mentale. Le traitement de la toxicomanie relève de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC).

Depuis le 1^{er} avril 2003, les services de santé mentale et l'administration des quatre établissements psychiatriques de la province sont assurés par les neuf régies régionales de la santé. La prestation des services dans la province englobe la santé mentale des Autochtones et traduit une forte préférence pour la gestion intégrée des soins et des cas. Autrement dit, la plupart des services cliniques dispensés en première ligne relèvent des régies régionales de la santé et sont intégrés aux services concernant la santé physique.

L'autorité provinciale en matière de santé mentale, l'Alberta Mental Health Board, qui relève du ministre responsable de la Santé et du Mieux-être, administre et dispense des services et des programmes provinciaux en matière de psychiatrie légale et de prévention du suicide. Il organise des vidéoconférences sur la santé mentale et diverses activités de sensibilisation. L'Alberta Mental Health Board conseille également le ministre de la Santé et du Mieux-être sur les questions liées à l'intégration et au rendement du réseau de services de santé mentale de la province.

L'AADAC est une commission mandataire de l'État qui relève également du ministre de la Santé et du Mieux-être. Elle est chargée de financer et de fournir des services en vue du traitement des problèmes liés à l'alcool, aux drogues ou au jeu (services de désintoxication, de traitement en établissement, de prévention, de sensibilisation et de consultation), et d'effectuer de la recherche dans ces domaines. L'AADAC offre des services de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier dans toutes les régions desservies par les régies régionales de la santé et coordonne la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le tabac de l'Alberta (Alberta Tobacco Reduction Strategy).

³⁵⁷ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans la présente section proviennent des documents suivants : Provincial Mental Health Planning Project, Advancing the Mental Health Agenda – A Provincial Mental Health Plan for Alberta, avril 2004; Alberta Children and Youth Initiative, Children's Mental Health Initiative, fiche d'information, février 2004; Alberta Mental Health Board, Brief to the Committee, 2003; Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health, Partnership, Participation, Innovation – A Blueprint for Reform, mars 2003; Alberta Health and Wellness, « Transition Underway to Fewer Health Regions, Integrated Mental Health », Communiqué de presse, 23 janvier 2003; Alberta Mental Health Board, Business Plan, 2002-2005, 2002; renseignements obtenus sur le site Internet de la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (www.aadac.com).

Les régies régionales de la santé, l'Alberta Mental Health Board et l'AADAC collaborent avec le ministère de la Santé et du Mieux-être ainsi qu'avec d'autres ministères et organismes à la mise en œuvre d'une initiative provinciale concernant la santé mentale des enfants, la Children's Mental Health Initiative (juillet 2001). Celle-ci vise principalement à prévenir les problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les enfants et les jeunes, et à leur fournir des traitements, ainsi qu'à leurs familles.

8.1.2 La Colombie-Britannique³⁵⁸

En Colombie-Britannique, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, le financement, la planification des services, la surveillance et l'évaluation dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie relèvent essentiellement du ministère de la Santé (Ministry of Health Services) et du ministère d'État chargé des services de santé mentale et de toxicomanie (Ministry of State for Mental Health and Addiction Services). La santé mentale des enfants et des adolescents incombe au ministère du Développement des enfants et de la famille (Ministry for Children and Family Development), qui travaille en collaboration avec le ministère de la Santé et le ministère d'État chargé des services de santé mentale et de toxicomanie.

Les cinq régies régionales de la santé administrent et fournissent les services de santé mentale et de toxicomanie dans leur zone géographique respective. Elles assurent, avec l'assistance du ministère de la Santé, les services essentiels suivants : intervention en cas d'urgence et intervention à court terme; gestion des cas graves; services extérieurs; services cliniques (évaluation, diagnostic, traitement et consultation); traitement de la toxicomanie (depuis 2002); prévention (recherche, sensibilisation et dépistage et intervention précoces); réadaptation psychosociale; gestion des cas et soutien social, y compris les soins de relève à l'intention des aidants naturels, l'hébergement et, si nécessaire, de l'aide en vue de faciliter l'accès au logement, de l'aide au revenu ainsi que des services et des prestations de réadaptation.

La Colombie-Britannique compte un hôpital de grande taille voué aux soins psychiatriques de longue durée, le Riverview Hospital, six cliniques communautaires de psychiatrie légale et une commission de psychiatrie légale, la Forensic Psychiatric Services Commission. Les cliniques communautaires de psychiatrie légale relèvent des régies régionales de la santé. La régie provinciale de la santé (Provincial Health Services Authority) la sixième régie de la

³⁵⁸ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans la présente section proviennent des documents suivants : Mental Health and Addictions, Ministry of Health Services, Colombie-Britannique, *mémoire au Cabinet*, 9 septembre 2003; Mental Health and Addictions, Ministry of Health Services, Colombie-Britannique, *Development of a Mental Health and Addictions Information Plan for Mental Health Literacy, 2003-2005*, 4 février 2003; gouvernement de la Colombie-Britannique, *Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia*, février 2003; Addictions Task Group, Kaiser Youth Foundation, Colombie-Britannique, *Wearing Threads Together – A New Approach to Address Addictions in BC*, mars 2001; Minister's Advisory Council on Mental Health, *Moving Forward*, Rapport annuel 2001; Ministry of Health Services, Colombie-Britannique, *Revitalizing and Rebalancing British Columbia's Mental Health System – The 1998 Mental Health Plan*, 1998; renseignements recueillis sur le site Internet de la Régie provinciale des services de santé (www.phsa.ca) ainsi que sur le site de la Mental Health Society ou de l'Hôpital Riverview (www.bcmhs.bc.ca).

santé de la Colombie-Britannique, administre les services offerts dans toute la province par le Riverview Hospital et la Forensic Psychiatric Services Commission.

La Forensic Psychiatric Services Commission est un organisme de services spécialisés réparti en plusieurs emplacements. Elle effectue des évaluations, fournit des traitements et gère les cas cliniques en milieu hospitalier et en milieu communautaire. Ses services s'adressent à des adultes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie qui ont des démêlés avec la justice. Ce service à guichet unique, le seul dans son genre, assure à tous les résidents de la Colombie-Britannique dont le cas relève de la psychiatrie légale un accès équitable aux services de santé mentale et de toxicomanie.

L'existence, en Colombie-Britannique, d'un ministère d'État provincial chargé des services de santé mentale et de toxicomanie constitue un phénomène unique au Canada et montre que le gouvernement de cette province accorde une place importante à la santé mentale et à la toxicomanie dans ses politiques publiques, comme en témoigne l'extrait suivant d'un rapport de Santé Canada :

La Colombie-Britannique a récemment adopté une approche unique en son genre en nommant un ministre d'État à la santé mentale. Ce geste témoigne d'une reconnaissance directe de l'importance de la santé mentale dans la société et donne à ce secteur une autorité, renforcée par un siège au Cabinet, dont le rôle est d'assurer la gouvernance et l'administration du système provincial de santé mentale.³⁵⁹

La Colombie-Britannique a institué des pratiques exemplaires en matière de soins de santé mentale, ce qui s'est traduit par la mise sur pied d'un réseau intégré dans lequel les services de santé mentale sont offerts à l'échelle régionale et les soins tertiaires, dans des établissements communautaires de petite taille.

Ces dernières années, la Colombie-Britannique a instauré un cadre de planification en toxicomanie (mai 2004), un plan de santé mentale pour les enfants et les adolescents (mai 2003), une stratégie de lutte contre la dépression (octobre 2002) et une stratégie de lutte contre les troubles anxieux (avril 2002). Ces initiatives appliquées à l'échelle de la province sont destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la prévention, de l'intervention et de la détection précoce, des traitements et des moyens de soutien dans le cas des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie.

³⁵⁹ Elliot M. Goldner, [*De la connaissance à la pratique – Le Fonds pour l'adaptation de services de santé – Série de rapports de synthèse : la santé mentale*](#), Santé Canada, 2002, p. 11.

8.1.3 La Nouvelle-Écosse³⁶⁰

Le ministère de la Santé (Department of Health), principalement par l'entremise de ses sections des Services de santé mentale et de la toxicomanie, est responsable de la planification, de l'organisation, du financement, de la gestion, de la surveillance et de l'évaluation des services de santé mentale et de toxicomanie. Les neuf régions régionales de la santé (District Health Authorities) assurent les services de santé mentale et le traitement des dépendances (alcool, tabac, drogues, jeu) dans leur zone géographique respective.

Le Provincial Forensic Psychiatric Service, service de psychiatrie légale également administré par le ministère de la Santé, évalue et traite les patients hospitalisés et gère quelques programmes de soutien communautaire. Tous les services de psychiatrie légale en milieu hospitalier sont regroupés en un seul établissement, le Nova Scotia Hospital.

L'IWK Grace Health Centre est un centre universitaire des sciences de la santé affilié à l'Université Dalhousie. Il gère l'unité provinciale de psychiatrie pour enfants et adolescents, de même que des cliniques externes et des services de télémédecine.

En 2003, la Nouvelle-Écosse est devenue la première province canadienne à instaurer des normes officielles pour régir la prestation des services de santé mentale. Ces normes ont été élaborées en collaboration avec des prestataires de services, des familles, des groupes communautaires et la Section des services de santé mentale du ministère de la Santé.³⁶¹

8.1.4 L'Ontario³⁶²

La planification, l'organisation, le financement, la gestion, la surveillance et la prestation des services de santé mentale et de toxicomanie incombent au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Contrairement aux autres provinces, l'Ontario n'a pas de région régionale de la santé. Elle est toutefois dotée de 16 conseils régionaux de santé, dont le rôle se limite à conseiller le ministre responsable de la Santé et des Soins de longue durée sur des questions liées à la santé et sur les besoins observés dans la région qu'ils représentent. En

³⁶⁰ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans la présente section proviennent des documents suivants : Association canadienne pour la santé mentale (chapitre de la Nouvelle-Écosse), *2004 Report Card on Mental Health Services Core Standards*, 8 mars 2003; Department of Health, Nouvelle-Écosse, *Strategic Directions for Nova Scotia's Mental Health System*, 20 février 2003; Department of Health, Nouvelle-Écosse, *Standards for Mental Health Services in Nova Scotia*, 20 février 2003; Roger Bland et Brian Dufton, *Mental Health: A Time for Action*, document soumis au ministre adjoint de la Santé, Nouvelle-Écosse, 31 mai 2000; site Internet du Centre de santé IWK (<http://www.iwk.nshealth.ca/>).

³⁶¹ Association canadienne pour la santé mentale (chapitre de la Nouvelle-Écosse), www.cmhans.org.

³⁶² À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans la présente section proviennent des documents suivants : Forum provincial des groupes de travail chargés d'étudier la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale, *The Time Is Now : Themes And Recommendations For Mental Health Reform In Ontario*, rapport final, décembre 2002; Groupe consultatif expert sur les services de psychiatrie légale, *Assessment, Treatment and Community Reintegration of the Mentally Disordered Offender*, rapport final, décembre 2002; ministère de la Santé et des soins de longue durée, *Make it Happen – Operational Framework for the Delivery of Mental Health Services and Supports*, gouvernement de l'Ontario, 1999.

conséquence, les divers organismes prestataires de services de santé mentale, de toxicomanie et de soutien œuvrent en grande partie indépendamment les uns des autres.

Le MSSLD coordonne par ailleurs la stratégie provinciale en matière de psychiatrie légale, avec l'appui du ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance, du ministère du Procureur général et du ministère de la Sûreté et de la Sécurité publique.

Le réseau des services de santé mentale et de toxicomanie de l'Ontario est en période de transition. En décembre 2002, neuf groupes d'étude chargés d'étudier la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale ont publié leur rapport. Ils y proposent une démarche en vue de réformer et de renouveler l'organisation et les modes de prestation des services de santé mentale et de toxicomanie dans toute la province. La principale recommandation formulée dans ces rapports concerne la mise sur pied de régies régionales de la santé mentale, dont le mandat serait de financer et de dispenser les services de santé mentale et de toxicomanie dans leur zone géographique respective. Ces organismes régionaux offriraient une série de services et de moyens de soutien communautaire de base dont les citoyens pourraient se prévaloir en cas de besoin. Le gouvernement de l'Ontario n'a pas encore donné suite aux recommandations des groupes d'étude.

8.1.5 Le Québec³⁶³

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) est responsable de la planification, de l'organisation, de la gestion, du financement, de la surveillance et de l'évaluation des services de santé mentale et de toxicomanie. Le Ministre est appuyé dans ses fonctions par deux organismes consultatifs indépendants : le Comité de la santé mentale du Québec et le Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Dix-huit régies régionales de la santé fournissent, dans leur zone géographique respective, des services de santé mentale, de toxicomanie et de soutien aussi bien en milieu hospitalier qu'en clinique externe et en milieu communautaire.

Le MSSS met en œuvre et coordonne le plan d'action provincial de lutte contre la toxicomanie, qui vise la promotion, la prévention, le dépistage et l'intervention précoces, la désintoxication et la réadaptation et la réintégration sociales. Le MSSS coordonne aussi la Stratégie québécoise d'action face au suicide, dont l'objet est de consolider et de coordonner les divers efforts de prévention du suicide, afin de garantir un accès équitable aux services essentiels partout dans la province. Ces services sont : l'assistance téléphonique 24 heures sur 24, sept jours sur sept, l'intervention d'urgence (évaluation, surveillance, services d'orientation et de soutien) et la postvention (services d'intervention post-traumatique individuels et de groupe à l'intention des amis, des proches et des intervenants dans les

³⁶³ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent document proviennent des documents suivants : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Agir Ensemble – Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique, 2002-2005*, gouvernement du Québec, 2002; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001*, gouvernement du Québec, 1998; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Québec's Strategy for Preventing Suicide*, gouvernement du Québec, 1998; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, gouvernement du Québec, 1998, Comité de la santé mentale du Québec, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, gouvernement du Québec, 1997.

48 heures suivant l'événement). La Stratégie fait intervenir non seulement des ministères, mais aussi les régies régionales de la santé, les CLSC, les hôpitaux, les centres de prévention du suicide, les services de police, les écoles, les centres jeunesse, les organismes communautaires, etc.

8.1.6 Une brève analyse comparative

Sur deux plans très importants, la Colombie-Britannique se singularise dans la façon dont elle a envisagé ses politiques de santé mentale et de toxicomanie. C'est la seule province où l'on trouve un ministre d'État responsable de la santé mentale et de la toxicomanie, qui est donc en mesure de faire passer les questions de santé mentale à l'avant-plan des discussions au Cabinet. En outre, seule la Colombie-Britannique a intégré le cadre de politique, la gouvernance et la prestation des services pour la santé mentale et la toxicomanie.

En Alberta, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Québec, la responsabilité en matière de formulation de politiques et de planification des services revient aux ministères provinciaux de la Santé. Toutefois, comme le mentionnent plusieurs rapports provinciaux, l'élaboration de politiques concernant les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie n'a pas bien été coordonnée entre les différents ministères chargés de la politique sociale. Cette situation a atténué l'effet positif qu'aurait pu donner une planification plus complète, davantage ouverte et inclusive, faisant appel à plusieurs ministères qui sont incontournables dans la prestation des services aux personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie.

Dans toutes les provinces, sauf en Ontario (qui n'a pas encore de régie régionale), l'organisation et la prestation des services destinés aux personnes de tous âges souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie relèvent des régies régionales de la santé. Ce transfert de responsabilités par la régionalisation permet aux provinces d'adapter leurs services et leurs mesures de soutien aux besoins de chaque région, et facilite la collaboration entre les divers intervenants.

La plupart des provinces ont entrepris des réformes de leurs réseaux de services de santé mentale et de toxicomanie. À ce chapitre, elles reconnaissent grosso modo les mêmes pratiques exemplaires :

1. encourager la prestation de services de santé mentale et de toxicomanie en milieu communautaire plutôt qu'en milieu hospitalier, en gage d'une démarche équilibrée;
2. assurer le financement spécifique et protégé d'un réseau intégré de services de santé mentale et de toxicomanie, qui englobe les soins tertiaires dispensés en milieu communautaire et en milieu hospitalier;
3. prévoir un centre unique de responsabilité pour la gestion d'un réseau local intégré;
4. prévoir des mécanismes qui permettent aux prestataires de services et à la collectivité de participer véritablement aux décisions.

Lors des audiences, aucun des témoins, comme ceux souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie, n'a proposé de province, de région ni de régie régionale de la santé en modèle à suivre pour la formulation de politiques, la structure organisationnelle, la gouvernance ou la prestation des services. De sérieuses questions demeurent. Ainsi, l'autorité centrale en matière de maladie mentale et de toxicomanie devrait-elle être provinciale plutôt que régionale? Une province ou une région est-elle parvenue à intégrer les hôpitaux, les services communautaires et les moyens de soutien? Comment parvenir au mieux à intégrer les services de santé mentale et les services de soutien avec les services de traitement des toxicomanies? Y a-t-il une seule région ou une seule province qui soit parvenue à coordonner les services de santé mentale et de toxicologie dans le cadre de leur système social en général (enseignement, logement, justice, soutien au revenu, etc.)?

8.2 PROBLÈMES COMMUNS CONSTATÉS DANS LES CADRES PROVINCIAUX/TERRITORIAUX RELATIFS À LA MALADIE MENTALE ET À LA TOXICOMANIE

8.2.1 La fragmentation et le manque d'intégration

Le Comité a régulièrement entendu dire que les systèmes de santé mentale et de toxicomanie ne sont pas de véritables systèmes mais qu'ils correspondent davantage à un faisceau inextricable de services offerts par les provinces, les municipalités et le fédéral de même que par des fournisseurs privés. Ces faisceaux comprennent également les initiatives entreprises par des particuliers qui souffrent eux-mêmes de maladie mentale ou de toxicomanie. Ces systèmes correspondent à une palette de services de soins actifs offerts dans les hôpitaux généraux, de services spécialisés destinés à traiter des populations ou des troubles bien précis, des cliniques externes communautaires, de services communautaires offrant un soutien psychologique (logement, emploi, enseignement et intervention en cas de crise), et de conseils privés, tous de capacité et de qualité variables fonctionnant souvent en vase clos et étant trop fréquemment déconnectés du réseau général de soins de santé. Dans la plupart des ressorts concernés, il n'existe que peu de lien entre le système de santé mentale et de toxicomanie « officiel » et les initiatives visant à stimuler l'autonomie (qui ont éclos à l'échelon communautaire un peu partout au Canada). Résultat : dans la plupart des provinces et des territoires, on trouve un système fortement fragmenté, ou l'absence de systèmes, dans lequel les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie et les fournisseurs de services ont de plus en plus de mal à naviguer.

Ce problème de la fragmentation est compliqué par le fait que, même si les services et les moyens de soutien en santé mentale et de traitement des toxicomanie sont offerts par différents organismes, il n'existe pas de connexion satisfaisante entre les systèmes des différents secteurs concernés (ex., la santé, le logement, l'enseignement, les allocations familiales, le milieu de travail, etc.). Cela étant, il est quasiment impossible de contrôler les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies quand ils ne sont pas offerts par des hôpitaux ou des fournisseurs de soins primaires qui tiennent des dossiers auxquels on peut accéder quand il faut..

Le Comité a appris qu'il est fondamental de garantir un accès coordonné à un ensemble homogène de services et de moyens de soutien pour parvenir à une stratégie efficace en matière de maladie mentale et de toxicomanie. Cela revient à dire que les gouvernements doivent investir dans le secteur communautaire, de même que dans les hôpitaux et les autres institutions. De nombreux témoins ont tenu à rappeler qu'il est essentiel d'offrir un ensemble homogène de services et de moyens de soutien, incluant des logements avec service de soutien et un soutien du revenu, pour répondre à la gamme des besoins des patients, aux différentes étapes de leur maladie et de leur rétablissement. Cet ensemble est également nécessaire pour disposer d'un système de santé mentale et de toxicomanie adapté, pouvant éviter les épisodes aigus de la maladie ou permettant d'en réduire l'intensité ou la durée. Qui plus est, il est impératif que la toxicomanie fasse partie des initiatives de réforme en santé mentale.

À l'analyse de certains documents émanant de plusieurs provinces, nous en sommes venus à la conclusion que la plupart d'entre elles sont confrontées à des problèmes et à des défis semblables pour ce qui est de la prestation des services de santé mentale et des services de traitement des toxicomanies. Voici, résumés ci-dessous, quels sont ces problèmes et ces défis :³⁶⁴

- Tout d'abord, comme nous l'avons vu, les actuels services et moyens de soutien mis à la disposition des personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie sont répartis entre plusieurs organismes et plusieurs points d'accès. Il conviendrait en outre de mieux intégrer le système de santé mentale au système de soins de santé et au système de traitement des toxicomanies.
- Deuxièmement, l'actuel système des services de santé mentale représente encore, dans une large mesure, une philosophie des soins qui repose sur le recours aux institutions; les services et les moyens de soutien devraient être axés sur le patient et sur la communauté.
- Troisièmement, l'actuel système de santé mentale n'est pas complet; il n'offre pas le continuum des services et des soutiens qui s'imposent. Ce faisant, il n'est pas rare que les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie ne bénéficient pas des services ni des moyens de soutien dont elles ont besoin, là et quand elles en ont besoin.

³⁶⁴ Les renseignements présentés ici proviennent des documents suivants : Department of Health, *Strategic Directions for Nova Scotia's Mental Health System*, gouvernement de la Nouvelle-Écosse, février 2003; Elliot M. Goldner, *Série de rapports de synthèse – La santé mentale*, De la connaissance à la pratique – Le fonds pour l'adaptation de services de santé, gouvernement du Canada, 2002; gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, *Valuing Mental Health – A Framework to Support the Development of a Provincial Mental Health Policy for Newfoundland and Labrador*, septembre 2001; Minister's Advisory Council on Mental Health, *Moving Forward*, Rapport annuel, gouvernement de la Colombie-Britannique, 2001; ministère de la Santé, *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, gouvernement de l'Ontario, 1999; Comité de la santé mentale du Québec, *Défis – De la Reconfiguration des Services de Santé Mentale*, gouvernement du Québec, octobre 1997; Unité de recherche de systèmes de santé, Clarke Institute of Psychiatry, *Best Practices in Mental Health Reform*, document de travail préparé pour le Réseau consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé mentale, 1997; Alberta Mental Health Board, *Building A Better Future – A Community Approach to Mental Health*, gouvernement de l'Alberta, mars 1995.

- Quatrièmement, les services de santé mentale ont toujours été sous-financés, ce qui a été préjudiciable à ceux et celles atteints de troubles mentaux graves et persistants, surtout pour les tranches de population les plus difficiles à servir, soit les personnes de communautés ethnoculturelles différentes, les sans-abri et les personnes atteintes de troubles concurrents.
- Cinquièmement, le secteur de la santé mentale connaît une très importante pénurie de personnel.
- Sixièmement, les mesures de responsabilisation au sein du système des services de santé mentale font gravement défaut. Le rôle et les responsabilités des fournisseurs de services sont mal énoncés et il faudrait pouvoir disposer d'un système d'information à l'appui de la planification et du fonctionnement d'un système qui soit plus efficace et plus complet et pour contrôler l'efficacité des services qu'il offre.
- Septièmement, la stigmatisation persiste à l'échelle de la société, malgré les efforts entrepris pour renseigner le grand public et les intervenants du système de soins de santé en général. D'aucuns affirment que ces sept stigmatisations constituent le principal obstacle au changement à tous les échelons du système.

Nombre de témoins sont venus nous rappeler que les troubles de santé mentale exigent beaucoup plus que ce que l'on considère comme des services traditionnels de santé mentale. Pour certains, le rétablissement peut exiger – en plus d'une thérapie, de médicaments et d'une gestion de cas – l'accès à un logement, aux transports, à un emploi et au soutien des pairs. De nombreux rapports provinciaux font état des services de santé mentale « et de soutien » pour illustrer leur importance déterminante en tant qu'instruments de rétablissement pour les personnes souffrant de maladie mentale, plus précisément pour les sortir de leur isolement et pour les aider à acquiescer ou à retrouver leur autonomie financière.

Le manque de coordination entre les divers secteurs, l'absence de pouvoirs clairement définis à l'échelon régional et le soutien communautaire limité ont eu des conséquences tragiques pour les malades et pour la société. Comme nous l'avons vu chapitre 5, un grand nombre de personnes atteintes de maladie mentale sont sans domicile et elles sont contraintes de vivre dans la rue ou dans des refuges publics. De plus, un pourcentage élevé de personnes incarcérées souffrent de troubles mentaux. Plusieurs se retrouvent en prison pour des délits non violents, d'autres pour avoir commis des « crimes de survie », comme le fait de voler de la nourriture, de vagabonder ou d'entrer sans autorisation sur une propriété; c'est souvent parce que leurs besoins de services en santé mentale ou de traitement de toxicomanie et leurs besoins de logement n'ont pas été comblés que ces gens-là se retrouvent en prison.

De nombreux témoins ont parlé des besoins particuliers des enfants et des adolescents. D'ailleurs, certains témoins ont qualifié les services et les moyens de soutien en santé mentale « de parents les plus pauvres du système de soins de santé », dans le cas des enfants et des adolescents. Ces services de santé mentale, à l'échelon des provinces et des territoires, font souvent intervenir plusieurs ministères et organismes (ex., santé mentale, bien-être de l'enfance, jeunes délinquants, services de toxicomanie et services d'éducation spécialisée). Dans la plupart des provinces et des territoires, on constate que les services actuels offerts aux enfants et aux adolescents sont source de mécontentement. Voici ce qui ressort des renseignements que nous avons recueillis :

- L'actuel système est fortement fragmenté; les services offerts par les multiples fournisseurs ne sont pas coordonnés. Les problèmes des enfants et des adolescents ne donnent pas lieu à une répartition évidente des responsabilités entre les divers ministères concernés.
- La prévalence de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents dépasse de loin la capacité des actuels systèmes de prestation de service. On constate des défauts d'accès aux services existants et de longues listes d'attente pour accéder aux services limités actuellement offerts.
- Les politiques et les programmes en santé mentale sont essentiellement axés sur le traitement de la population adulte. Ce faisant, les services aux enfants et aux adolescents n'ont évolué que lentement et uniquement en complément des programmes destinés aux adultes.
- Les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents ne sont pas suffisamment financés.
- Il existe un urgent besoin d'améliorer les services d'intervention préventive et d'intervention précoce.
- À l'heure actuelle, beaucoup d'interventions pourtant efficaces ne sont pas largement mises à la disposition des enfants et des adolescents et de nombreuses interventions non efficaces continuent d'être appliquées bien qu'elles soient plus coûteuses et plus restrictives que les autres solutions existantes. Ainsi, il conviendrait de mieux tenir compte des résultats de la recherche sur les pratiques efficaces à tous les niveaux, même au niveau clinique.
- Aucun objectif, ni à long terme ni intermédiaire, n'a été fixé et il n'est que rarement fait état d'indicateurs de résultat dans le cas des enfants et des adolescents, indicateurs qui permettraient d'évaluer le rendement et l'efficacité du système des services de santé mentale.
- Personne ne semble être responsable, autrement dit il n'existe pas de branche exécutive ayant le pouvoir d'amener le système de soins tout entier à décider d'une action cohérente et à la mettre en œuvre.
- Il n'existe aucune mesure d'incitation externe pour favoriser l'efficacité – les budgets supplémentaires doivent souvent être reversés dans les caisses du gouvernement plutôt que d'être réinvestis localement.³⁶⁵

Les témoins ont également parlé des besoins particuliers des personnes souffrant de troubles concourants (maladie mentale et toxicomanie), parce que cette situation les inquiétait. Les personnes concernées doivent pouvoir accéder à des services et à des moyens de soutien, en différents points d'entrée, que ce soit dans le cadre du système de santé mentale ou dans

³⁶⁵ Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur la santé mentale et le bien-être des enfants et de adolescents, *Celebrating Success: A Self-Regulating Service Delivery System for Children and Youth*, document de travail, Santé Canada, 2000, p. 8-10; External Advisory Committee for Child and Youth Mental Health, *Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia*, février 2003 (révisé en juillet 2004), p. 4-9; Charlotte Waddell et. al. (avril 2002).

celui du traitement des toxicomanies. Malheureusement, nombre d'obstacles les empêchent d'accéder au traitement approprié :

- Les systèmes de santé mentale et de toxicomanie fonctionnent souvent en parallèle, ce qui empêche de traiter simultanément des personnes ayant besoin des deux types de traitement. Les services actuels offerts à cette population sont mal coordonnés, tout autant au sein des systèmes de santé mentale et de toxicomanie qu'entre ces deux systèmes.
- Il n'existe pas d'approche systématique ni d'instrument d'évaluation efficace permettant de mieux recenser cette population.
- À cause d'un mauvais diagnostic au départ, les personnes ne bénéficient pas de soins appropriés ou ne sont soignées que pour un seul des troubles dont elles souffrent (soit pour la consommation de substances psychoactives, soit pour maladie mentale, mais pas les deux).
- Nombre de programmes de santé mentale excluent les personnes souffrant de troubles liés à une substance psychoactive, tout comme de nombreux programmes de traitement des toxicomanies n'acceptent pas les personnes présentant des problèmes de santé mentale.
- Le personnel qui travaille dans le domaine de la santé mentale et celui qui oeuvre dans le domaine du traitement des toxicomanies devraient suivre une formation commune afin de mieux repérer cette population de clients et donc de mieux la traiter en fonction de ses besoins.
- La peur ou la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la toxicomanie empêche très souvent les personnes souffrant de troubles concourants de réclamer des traitements et à opter éventuellement pour une automédication.
- Les personnes souffrant de troubles concourants et leurs familles ne sont pas suffisamment informées sur les services existants ni sur la façon d'y accéder.

Des préoccupations très semblables – comme la fragmentation, le cloisonnement, la stigmatisation, le manque de ressources humaines spécialisées, la nécessité de conduire des interventions précoces et de prendre des mesures préventives – ont été exprimées au sujet des besoins de santé mentale des personnes âgées ainsi que des clients des services de psychiatrie médico-légale.

8.2.2 Les services et les moyens de soutien communautaires

Si une partie de plus en plus importante de personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie se rétablit complètement ou en grande partie de ce qui les afflige, la maladie continue de marquer la vie de ces personnes pendant très longtemps, voire pour toujours. Une fois les premiers symptômes diagnostiqués et correctement contrôlés, les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie ont besoin de trois grands types de service : la prévention de la rechute, les services cliniques et les services de réadaptation. Ces trois éléments exigent un certain degré de gestion et, dans le cas d'une personne atteinte de maladie mentale ou de toxicomanie, on parle alors de « gestion de cas ».

Comme nous l'avons expliqué au chapitre 4, la gestion de cas décrit le genre de soutien continu et régulier qu'il faut apporter aux personnes souffrant de maladie mentale ou de trouble associé à la consommation de substance psychoactive pour leur permettre d'obtenir les services voulus. Quand la gravité de la maladie ou la complexité du système empêche les personnes concernées d'accéder aux services dont elles ont besoin, la gestion de cas peut être assurée par du personnel clinique et par du personnel de service de soutien. En présence de besoins multiples, il est essentiel d'offrir une gestion intensive des cas. La gestion des cas est considérée comme une fonction de base du système, mais différentes approches ont été appliquées pour assurer la gestion de cas.

La prévention des rechutes consiste à aider les personnes à demeurer dans un état de rétablissement. Le Comité a appris que le plus important pour prévenir les rechutes consiste à faire en sorte que la personne concernée continue de prendre ses médicaments. Il arrive souvent que les patients arrêtent leur médication parce qu'ils ne se sentent pas bien ou qu'ils n'ont plus la motivation nécessaire pour continuer et ils peuvent aussi ressentir ce qu'ils considèrent comme des effets secondaires intolérables et donc arrêter leurs médicaments. Dans un cas comme dans l'autre, ils perdent de vue les avantages qu'ils auraient à suivre leur traitement et rechutent. L'application d'une posologie correspondant à une prise quotidienne et la réduction de la toxicité médicamenteuse ou des effets secondaires peuvent permettre d'inciter le patient à observer son traitement. Cependant, l'information du patient, les conseils qui lui sont prodigués et un contrôle régulier sont tout aussi fondamentaux pour améliorer l'observance thérapeutique. Des témoins ont déclaré au Comité qu'il fallait à tout prix élaborer des normes et des lignes directrices portant sur des mesures de prévention de la rechute, en consultation avec les responsables de la santé et de l'éducation.

Les services cliniques sont un élément de base des services et des moyens de soutien généraux parce que de nombreuses personnes rechutent. Même quand ils se conforment à leur régime de traitement, nombreux sont ceux qui peuvent tomber gravement malades et exiger des soins actifs. Pour certains dont la vie peut être en danger ou dont la maladie est particulièrement grave, l'admission en milieu hospitalier s'impose. Les services cliniques englobent les services aux hospitalisés, les cliniques hospitalières, les groupes de soutien, les séances d'information, les cliniques de soins externes, les centres de santé mentale, les équipes cliniques itinérantes, les équipes d'urgence et tout un éventail de services cliniques en milieu communautaire. Tous ces services cliniques sont nécessaires afin de répondre aux divers besoins des personnes souffrant de maladie mentale. De tels services, au même titre que les ONG, sont aussi nécessaires pour offrir tout l'éventail des soins dont les personnes touchées et leurs familles ont besoin. Or, il est essentiel de coordonner un système aussi complexe. À ce sujet également des témoins ont déclaré au Comité qu'il est essentiel de formuler des lignes directrices ou des normes cliniques pour promouvoir l'efficacité et l'efficience.

Il convient d'offrir des services de soutien permanents et de réadaptation afin d'optimiser la qualité de vie des patients et de les aider à récupérer leurs capacités dans toute la mesure du possible. Voici ce que comprennent ces services : logement allant des foyers collectifs où travaille un personnel professionnel à des appartements autonomes où l'on donne des consultations régulières, en passant par un service d'intervention de crise de 24 heures sur 24, sept jours sur sept; des services de formation professionnelle comprenant la recherche d'emploi, un cadre d'appui et la formation professionnelle; des services sociaux et récréatifs y

compris l'aide prodiguée à des personnes afin de leur permettre de prendre part à des activités communautaires normales et la mise à disposition de centres d'accueil; un soutien du revenu, parce que nombreux sont ceux qui ont de la difficulté à trouver un emploi et à le conserver. Tous ces services, et d'autres, devraient permettre de garantir le continuum des soins dans un système homogène.

8.2.3 L'inégalité dans la répartition régionale et la qualité des services

Le Comité a appris que, tout comme d'autres services de santé, les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies manquent de spécialistes dans les régions rurales et éloignées du pays, notamment dans la plupart des communautés autochtones. Nombre de ces régions n'ont en effet pas de psychiatre résident. Résultat : les personnes souffrant de troubles mentaux, qui vivent dans les régions rurales ou éloignées et dans des communautés autochtones sont contraintes de parcourir de grandes distances pour bénéficier des services nécessaires. Ce genre de difficulté attribuée à ce que l'on a ironiquement appelé la « thérapie-navette » est doublement stressante pour les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie.

Quand des personnes doivent parcourir de longues distances depuis leur lieu de résidence pour recevoir des services de santé mentale ou de désintoxication, elles sont coupées de leur réseau de soutien naturel et de soins informels qui leur apportent le genre de soutien financier, émotionnel et social dont elles ont besoin pour se rétablir. Ce sont des réseaux qu'elles ne trouvent pas dans le système officiel. Bien que, pour certains, l'anonymat de la ville soit synonyme d'éloignement par rapport à l'opprobre et à la stigmatisation – dont les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie font souvent l'objet au sein des petites agglomérations – le fait d'être loin de chez soi peut aussi compromettre le traitement et les résultats du traitement.

L'Association canadienne pour la santé mentale a souligné que les agglomérations rurales et éloignées sont aux prises avec des problèmes particuliers dans le domaine de la santé mentale, comme dans le sillage d'une sécheresse, d'une inondation ou d'autres catastrophes écologiques. On constate également dans ces petites collectivités, la présence de facteurs aggravants comme des niveaux d'instruction et de revenus faibles, des taux de natalité élevés chez les adolescentes, une plus grande proportion de mères seules et des taux de chômage plus élevés, facteurs qui peuvent aussi contribuer à l'apparition et à même à l'aggravation de maladies et de troubles mentaux. Selon l'Association, le fait de transférer des professionnels en santé mentale de la ville à la campagne, même si ces derniers se prêtent volontiers à cet exercice, ne veut pas forcément dire qu'ils seront qualifiés ou équipés pour faire face aux problèmes culturels particuliers de leurs nouveaux clients.³⁶⁶

8.2.4 Le secteur des soins de santé primaires

Le secteur des soins de santé primaires est généralement le premier point de contact avec le système des soins de santé pour les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Pourtant, le Comité a souvent entendu dire que de nombreux médecins de famille n'ont pas les connaissances, les compétences ni la motivation voulues pour s'occuper

³⁶⁶ Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Cabinet, juin 2003, p. 8-9.

de patients souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, pour diagnostiquer correctement des troubles mentaux ou pour naviguer dans les dédales du système afin de pouvoir diriger les patients vers des spécialistes en santé mentale ou en toxicomanie. À ce sujet, le Dr Sunil V. Patel, président de l'Association médicale canadienne (AMC) devait indiquer au Comité :

Les médecins de famille sont en mesure de prendre en charge plusieurs maladies mentales, mais pour la plupart, ils et elles ne possèdent pas la formation nécessaire pour assurer le traitement médical complexe des maladies mentales graves. La plupart des cabinets de médecin ne sont pas bien équipés non plus pour faire du counselling familial ou s'occuper des problèmes de logement, d'éducation et de travail souvent associés à la maladie mentale.³⁶⁷

D'autres témoins nous ont appris que de nombreux régimes d'assurance-maladie provinciaux plafonnent les montants que les médecins de famille peuvent facturer au titre des services de santé mentale. Par exemple, Patrick Storey, président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale (Colombie-Britannique) nous a déclaré ce qui suit :

Les modalités et les barèmes de facturation des services médicaux, les prestations d'assurance-maladie complémentaire, les régimes de pension, et cetera, ne reconnaissent pas les caractéristiques et les défis particuliers de la santé mentale et dressent des obstacles inutiles à la guérison et à la santé. En Colombie-Britannique, par exemple, un médecin de famille ne peut facturer que quatre consultations par an par patient; cependant, la plupart des gens souffrant d'une dépression vont voir leur médecin de famille. Même si les médicaments anti-dépressifs constituent un complément utile, seuls ils ne suffisent pas pour aider les gens à surmonter efficacement cet état parfois débilisant. Les médecins ne sont pas en mesure d'offrir l'aide nécessaire à une personne déprimée.³⁶⁸

Le D^r James Millar, directeur exécutif, Services de santé mentale et aux médecins, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, a exprimé un point de vue semblable :

Même les services offerts par les médecins font l'objet de restrictions. Les services offerts par les psychiatres sont entièrement financés, lorsqu'ils sont accessibles. Il existe actuellement une pénurie de psychiatres dans l'ensemble du pays. Environ 80 p. 100 des services de santé mentale sont offerts dans des centres de soins primaires qui ne font pas partie du système officiel de santé mentale. Plusieurs régimes provinciaux de soins médicaux imposent des restrictions quant au nombre et aux types de

³⁶⁷ D^r Sunil V. Patel, président de l'Association médicale canadienne, mémoire au Cabinet, 31 mars 2004, p. 1-2.

³⁶⁸ Patrick Storey, président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale, Colombie-Britannique (15:8).

*services de santé mentale pouvant être offerts par les omnipraticiens. Dans plusieurs cas, les médecins de famille ne sont pas préparés à bien traiter les patients atteints de troubles mentaux sérieux qui se présentent à leur cabinet. Il n'existe que très peu de soutien pour l'éducation ou pour les consultations sur place.*³⁶⁹

On nous a, par ailleurs, signalé que la réforme des soins de santé primaires, récemment entreprise, se fait en marge de la réforme du système de santé mentale et de toxicomanie dans toutes les localités du pays. Pourtant, de nombreux témoins estiment que ces deux réformes systémiques devraient obéir au même objectif, soit améliorer la prestation de services accessibles, complets, intégrés, opportuns et de qualité à tous ceux et à toutes celles qui en ont besoin, sans égard à leur maladie première.

Des témoins ont indiqué au Comité qu'il serait toutefois possible de réaliser des progrès, moyennant un appui pour les initiatives « de soins de santé mentale partagés » lancées un peu partout au pays. Ces initiatives, qui découlent d'un partenariat entre le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada semblent donner d'excellents résultats. Elles visent les activités de collaboration entre les fournisseurs de soins de santé primaires et les psychiatres. Certaines initiatives de soins de santé mentale partagés ont une dimension clinique très importante et elles consistent à intégrer les services de santé mentale dans les établissements de soins de santé primaires.³⁷⁰

Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, a indiqué au Comité que le partage entre les établissements de soins de santé mentale et les établissements de soins de santé primaires permettraient d'améliorer la détection et l'intervention précoces :

À l'heure actuelle, 60 p. 100 des personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à une substance psychoactive reçoivent leurs services, en Colombie-Britannique, par le truchement des soins de santé primaires, d'où la priorité que nous avons décidé d'accorder à l'amélioration des soins primaires. [...] La documentation médicale prêche en faveur de ce genre d'intervention par des équipes multidisciplinaires. [...] Dans bien des cas, les médecins sont la seule source de services en santé mentale et en toxicomanie pour les gens à risque ou pour les personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles associés à la consommation de substances psychoactives; ce faisant, si l'on faisait davantage attention aux soins primaires, nous parviendrions : à favoriser une détection et une intervention précoce dans le cas des troubles de santé mentale et de toxicomanie, ce qui donnerait lieu à une amélioration des pronostics à long terme; à enseigner aux clients la façon

³⁶⁹ Dr James Millar, directeur exécutif, Services de santé mentale et aux médecins, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, mémoire au Cabinet, 28 avril 2004, p. 5-6.

³⁷⁰ Association canadienne des psychiatres et Collège des médecins de famille du Canada, [Shared Mental Health Care in Canada – Current Status, Commentary and Recommendations](#), rapport du Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care, décembre 2000.

*de gérer eux-mêmes leurs problèmes de santé; à garantir des évaluations régulières et périodiques de même que des traitements pour promouvoir la stabilité de même que des séjours en milieu communautaire.*³⁷¹

De nombreux témoins estimaient que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan pour garantir la pérennité du financement des initiatives de soins partagées qui donnent des résultats et faire en sorte que les modèles de pratiques exemplaires soient mis en œuvre et donnent lieu à des politiques et à des programmes permanents dans toutes les provinces et dans tous les territoires.

8.2.5 Les ressources humaines

Comme les autres secteurs du système de soins de santé, les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies souffrent d'un manque de planification coordonnée des ressources humaines. Il n'existe pas de mécanisme de planification centralisé permettant de coordonner l'embauche ou la répartition d'un personnel dûment qualifié et expérimenté entre les différentes localités. La concentration de plus en plus importante du professionnel de la santé mentale et du traitement des toxicomanies dans les grands centres urbains est un autre sujet de grande préoccupation.

Les témoins ont fait part au Comité des pénuries chroniques de fournisseurs, notamment d'infirmières en psychiatrie, de psychiatres, de travailleurs sociaux, de gestionnaires de cas et d'ergothérapeutes connaissant les problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

La nécessité croissante de disposer de services experts est exacerbée par une pénurie de psychiatres et par un accès limité aux psychologues. Selon l'Association des psychiatres du Canada, nous sommes très loin du ratio idéal de psychiatres par nombre d'habitants (1 pour 8 400), surtout à l'extérieur des centres urbains. Le fait que de plus en plus des 3 600 psychiatres actuellement inscrits au Canada ne travaillent pas à temps plein – surtout parce qu'il s'agit de femmes et de jeunes diplômés qui arrivent tout juste sur le marché et qui ont décidé d'effectuer moins d'heures de travail – n'arrange pas les choses. Le manque de spécialistes est criant dans certaines spécialités, par exemple en pédopsychiatrie, en gérontopsychiatrie et en psychiatrie médico-légale. Les personnes souffrant de troubles concourants (maladie mentale et toxicomanie) ou faisant l'objet de diagnostics mixtes (trouble mental et de déficience développementale) éprouvent particulièrement des difficultés à accéder à des soins psychiatriques adaptés.³⁷² En outre, certains groupes comme les immigrants et les réfugiés ne bénéficient pas d'un niveau de services adapté à leurs besoins.

Dans le cas des services psychologiques, c'est l'égalité d'accès qui pose le plus problème. Les services financés par l'État, dispensés par des hôpitaux ou des cliniques de santé mentale, sont rares et d'accès limité. Comme ils sont aux prises avec des contraintes budgétaires, il n'est pas rare que les hôpitaux généraux réduisent la taille de leurs services de psychologie ou

³⁷¹ Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, mémoire au Cabinet, 9 septembre 2003, p. 5-6.

³⁷² Association des psychiatres du Canada, Human Resource Planning for Psychiatry in Canada – A Background Paper, document non publié.

les éliminent carrément. En outre, un grand nombre de personnes à revenu faible ou moyen, ainsi que les chômeurs ou ceux qui ne bénéficient pas d'assurance-maladie privée, ne peuvent se permettre de payer pour des services psychologiques privés qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

L'allongement des listes d'attente et les retards très importants mis dans l'établissement des diagnostics, dans la prestation des traitements et des services de soutien sont les conséquences directes d'un système de santé mentale qui ne dispose pas des ressources humaines nécessaires pour offrir efficacement les soins voulus. S'il n'existe actuellement aucune source normalisée de données susceptibles de se faire une idée des listes d'attente à l'échelle nationale, les évaluations provinciales, elles, nous présentent un tableau plutôt sinistre. Voici ce nous avons pu lire dans le mémoire de l'Association canadienne pour la santé mentale :

[...] environ la moitié de la population adulte ayant besoin de services doit attendre huit semaines ou plus – une éternité dans la vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité aux prises avec des maladies mentales ou des cas de toxicomanie grave. Pour certains, l'attente de services est une question de vie ou de mort. Si ce sont les listes d'attente pour les chirurgies qui font la une des journaux, force est de constater que notre société ignore à peu près tout de la souffrance et de l'isolement de ceux et de celles qui traversent une crise de santé mentale, qui souffrent et qui attendent en silence de recevoir l'aide médicale nécessaire, voire critique dont ils ont besoin. Il est tragique que, lorsqu'une personne trouve enfin la force et le courage de réclamer de l'aide, la première chose qu'on lui dise quand elle prend contact avec le système de santé mentale, c'est combien de temps elle devra patienter.³⁷³

La D^{re} Cornelia Wieman, psychiatre des Six Nations Mental Health Services (Ohsweken, Ontario) a indiqué au Comité que l'on ne compte actuellement que quatre psychiatres autochtones au Canada. Selon elle, il est important voire crucial de former davantage de professionnels de la santé autochtones. Cela permettrait de nous assurer que les services offerts sont plus appropriés sur le plan culturel et de retirer des obstacles auxquels se heurtent ceux et celles qui désirent obtenir des services de santé mentale au sein de communautés qui, de l'avis de tous, ont des besoins particuliers pour ces gens-là.

Le Comité a reçu plusieurs recommandations relativement à la planification des ressources humaines en santé mentale, maladie mentale et toxicomanie. Ainsi, on nous a recommandé que les provinces et les territoires, en partenariat

Une dernière chose pour conclure ma supplique sur ce plan. On dit que personne n'est irremplaçable. Après sept ans de travail dans la communauté des Six Nations et après avoir vu plus de 400 patients en plus de 600 séances, je vous demande s'il y a quelqu'un pour me remplacer? [...] Nous avons désespérément besoin de former plus de professionnels de la santé autochtones.

[D^{re} Cornelia Wieman, mémoire au Comité, 13 mai 2004, p. 5-6.]

³⁷³ Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, juin 2003, p. 8.

avec le gouvernement fédéral, élaborent un plan à long terme prévoyant que des fournisseurs de services de haut niveau, correctement formés – c'est-à-dire des professionnels et des para-professionnels – répondent aux besoins des Canadiennes et des Canadiens en santé mentale. Le plan en question devrait comporter les éléments suivants :

- un plan de ressources humaines national précis en ce qui a trait au personnel des services de santé mentale et de toxicomanie, plan qui serait fondé sur les tendances et les besoins prévus;
- des données regroupées sur les listes d'attente; des normes et des lignes directrices nationales devant régir le temps d'attente maximum pour le continuum des services de soins de santé mentale et de traitement de la toxicomanie;
- un examen de l'efficacité de recours à d'autres personnels que des professionnels, hors du domaine médical, comme les travailleurs de soutien à domicile, les travailleurs sociaux, les travailleurs de l'entraide et les réseaux sociaux informels en vue de réduire la demande de psychiatres;
- la création d'un groupe de travail chargé d'examiner la façon d'améliorer les connaissances en matière d'intervention en santé mentale, de formuler des recommandations dans ce sens et de préparer une formation, et la promotion de stratégies dans le cadre des programmes de formation de tous les professionnels de la santé et des étudiants de premier et deuxième cycle dans les disciplines de la santé, dans l'enseignement, du travail social et d'autres programmes connexes offerts dans les universités et les collèges;
- une analyse de la mesure dans laquelle il serait possible de faire participer les médecins et les psychologues, les infirmières, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les intervenants en toxicomanie à des possibilités de formation interdisciplinaire (premier cycle, deuxième cycle et éducation continue);
- l'adoption de mesures incitatives axées sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé et des étudiants dans ces disciplines;
- une étude des divers modèles de prestation des services de santé mentale en région rurale, dont la télémédecine.

8.2.6 Les besoins non comblés

Le problème de l'accès se pose dans tout le continuum des services, des soins primaires pour des troubles courants aux services d'urgence et de crise pour les troubles les plus graves et les plus persistants.

[Dr Donald Addington, professeur et chef du département de psychiatrie, Université de Calgary, mémoire au Comité, 29 mai 2003, p. 3.]

Malgré les efforts déployés par les provinces et les territoires afin d'améliorer les moyens de soutien et les services de santé mentale de même que les services de traitement des

toxicomanies, une majorité de Canadiennes et de Canadiens souffrant de maladie mentale de toxicomanie ne réclament ou ne reçoivent toujours pas d'aide professionnelle. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.2 sur la santé mentale et le bien-être, de Statistique Canada, a révélé que 32 p. 100 seulement des personnes atteintes de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de substance psychoactive ont consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois ayant précédé la tenue de l'enquête.³⁷⁴ La consultation peut se faire auprès d'un psychiatre, d'un médecin de famille, d'un spécialiste, d'un psychologue ou d'une infirmière.

Dans le cas des personnes ayant consulté un professionnel de la santé pour une maladie mentale liée à la consommation simple ou abusive d'alcool ou de drogue, il s'agissait le plus souvent d'un médecin de famille. Près de 26 p. 100 des personnes interrogées ont consulté un médecin de famille, 12 p. 100 environ un psychiatre et 8 p. 100 un psychologue. Quelque 10 p. 100 d'entre elles se sont entretenues, en personne ou autrement, avec un travailleur social.

Il ressort également de l'ESCC que les adolescents et les jeunes adultes (15 à 24 ans) étaient les moins susceptibles de tous les groupes d'âge d'avoir recours aux ressources disponibles pour le traitement des maladies mentales et de la toxicomanie, bien que leur taux de prévalence de troubles mentaux soient le plus élevé. Seulement 25 p. 100 des adolescents et des jeunes adultes touchés ont déclaré avoir consulté un professionnel ou avoir bénéficié d'une autre forme d'assistance dans les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Dans son mémoire au Comité, Phil Upshall, président de l'Alliance canadienne des maladies mentales et de la santé mentale, énumère les différents facteurs qui font que les besoins en services de santé mentale/moyens de soutien et traitement des toxicomanies ne sont pas comblés :

Pour quelle raison les gens ne reçoivent-ils aucun traitement et, fort probablement, les autres services dont ils ont besoin?

- *Ce phénomène est attribuable en partie au fait que la population canadienne en général est peu sensible à la maladie mentale ou à l'incompréhension des gens face aux symptômes de la maladie mentale.*
- *La stigmatisation constitue un obstacle – la crainte de souffrir d'un trouble mental continue de nous hanter.*
- *Les services sont rares. Quand ils investissent dans la santé, les gouvernements mettent la priorité sur les services biomédicaux spécialisés à l'intention des personnes aux prises avec la maladie mentale et de celles présentant des complications psychologiques sous forme de maladie physique et d'invalidité.*

³⁷⁴ Statistique Canada, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être », [Le Quotidien](#), 3 septembre 2003.

- *Les services ne sont pas tous offerts aux Canadiens, puisqu'il faut gagner un revenu supérieur à la moyenne pour se permettre les services d'une pratique privée et les malades mentaux sont souvent loin de gagner un revenu qui le leur permette. Ces derniers représentent un pourcentage disproportionné des populations marginalisées – ces gens sans revenu, logement ou réseau de soutien adéquat qui puisse répondre à leurs besoins élémentaires.*
- *Dans le milieu médical, on est peu sensibilisé aux symptômes de la maladie mentale et on les comprend peu, sans compter le manque de disponibilité qui joue également un rôle.*³⁷⁵

Le D^r Donald Addington, professeur et chef du département de psychiatrie à l'Université de Calgary, a recommandé l'adoption d'une charte du patient. Celle-ci fixerait les normes d'accès aux services de santé mentale dans le réseau des soins primaires, aux services de santé mentale spécialisés et aux soins actifs.³⁷⁶ En Ontario, le groupe d'étude sur la mise en œuvre de la santé mentale dans le district de Champlain a également recommandé, en 2002, de créer une « charte des droits provinciale pour les patients en santé mentale ». Le préambule de cette charte des droits du patient se lirait ainsi :

*Les personnes atteintes de maladie mentale peuvent prétendre à bénéficier de l'ensemble des droits et des privilèges accordés à tous les citoyens du Canada, notamment aux droits aux soins de santé, au maintien du revenu, à l'éducation, à l'emploi, à un logement sûr et abordable, au transport, aux services juridiques ainsi qu'à une santé équitable et à d'autres garanties qui ne sauraient être toutes énumérées dans la présente charte.*³⁷⁷

Cette charte ne se limiterait pas aux services de santé mentale, puisqu'elle engloberait également un vaste éventail de moyens de soutien sociaux. Voici, plus précisément, ce sur quoi elle porterait :

- services de santé mentale sûrs, garantis, fondés sur l'expérience clinique, opportuns, culturellement adaptés et pertinents aux besoins du patient;
- services et moyens de soutien incitant les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie à se prendre en main et qui soient fondés sur les principes du rétablissement, de l'effort autonome ainsi que de la vie et du fonctionnement en autonomie;

³⁷⁵ Phil Upshall, président, ACMMSM, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 8.

³⁷⁶ D^r Donald Addington, professeur et chef du département de psychiatrie, Université de Calgary, mémoire au Comité, 29 mai 2003, p. 3.

³⁷⁷ Champlain District Mental Health Implementation Task Force, « Consumer Charter of Rights for Mental Health Services », in [Foundations for Reform](#), section 3.1.4, Ontario, décembre 2002.

- traitement respectueux des lois existantes (Loi sur la santé mentale, Charte canadienne des droits et libertés, etc.);
- respect de la vie privée et des choix informés.

D'autres témoins ont recommandé l'adoption d'une sorte de « loi sur l'équité en santé mentale » afin de combler le fossé entre les maladies physiques et les troubles mentaux en matière de couverture publique et de services offerts. D'autres, cependant, étaient davantage favorables à la nomination d'un « défenseur » en matière de santé mentale auquel pourraient s'adresser les personnes ayant de la difficulté à accéder à des services et à des moyens de soutien en santé mentale. En Colombie-Britannique, il y a eu un défenseur en santé publique, mais le poste a été aboli après la création du ministère d'État pour la santé mentale et la toxicomanie.

8.2.7 La détection et l'intervention précoces

La détection et l'intervention précoces sont d'autant plus nécessaires qu'énormément de besoins en maladie mentale et en toxicomanie ne sont pas comblés. D'ailleurs, de nombreux témoins nous ont déclaré que l'intervention précoce – qui englobe la détection, l'évaluation, le traitement et le soutien – peut interrompre le déroulement négatif des événements pour plusieurs troubles mentaux et atténuer l'incapacité à long terme. Les récentes découvertes sur le cerveau indiquent qu'une détection et une intervention précoces peuvent très nettement améliorer les résultats des traitements et que les pensées et les comportements anormaux sur de longues périodes peuvent avoir des effets cumulatifs risquant de limiter la capacité de rétablissement du patient. Voici d'ailleurs ce que nous a appris la Société canadienne de schizophrénie :

Pour la plupart des maladies, plus le diagnostic et le traitement interviennent tôt et meilleur sera le pronostic. [...] Malheureusement, comme le grand public et les professionnels ne connaissent pas assez les symptômes, le problème de stigmatisation et de déni de la maladie, nombreux sont ceux et celles qui reçoivent des traitements tardifs. On estime que la moitié des schizophrènes doivent attendre environ deux ans avant d'être diagnostiqués et traités après l'apparition des premiers symptômes.

[...]

La recherche indique que, plus on tarde à traiter les symptômes psychotiques et plus le pronostic à long terme est pessimiste. On constate davantage de dommages au cerveau chez ceux et celles qui ont subi des épisodes psychotiques de longue durée, non traités, que chez les personnes ayant eu des épisodes plus courts et mieux traités. Outre que les dommages au cerveau sont directement proportionnels à la durée passée sans traitement, le patient risque de perdre son emploi ou son niveau de scolarisation, de perdre des amis et son entourage et il court beaucoup plus

*de risque d'avoir des démêlés avec la justice à cause des symptômes de sa maladie.*³⁷⁸

Les avantages d'une intervention précoce se constatent dans le cas de nombreuses maladies et pour tous les groupes d'âge. Sans une intervention et un traitement précoces, il est fréquent que les troubles constatés chez les enfants et les adolescents se poursuivent à l'âge adulte. Si le système ne les détecte et ne les traite pas comme il se doit, ces troubles de l'enfance risquent de persister et de déboucher sur une spirale descendante caractérisée par l'échec scolaire, de piètres perspectives d'emploi et la pauvreté à l'âge adulte. Il n'existe pas une autre famille de maladie qui porte aussi gravement atteinte à un si grand nombre d'enfants.

Pour l'instant, aucun organisme ni aucun système n'est clairement responsable envers les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux. Ces derniers n'ont d'autres choix que de faire affaire avec plus d'un service spécialisé, c'est-à-dire avec des services de santé mentale, des services d'éducation spéciale, de bien-être de l'enfance, de justice pour les jeunes, de traitement des toxicomanies et des soins de santé.

C'est à l'école que les enfants passent le plus clair de leurs journées. Si les écoles se préoccupent surtout d'éducation, il demeure que la bonne santé mentale des élèves est essentielle à l'apprentissage tout comme au développement social et émotionnel. À cause de cette interaction importante entre la santé mentale et la réussite scolaire, les écoles devraient être des partenaires dans les soins de santé mentale des enfants.

De plus, chaque intervention est essentielle pour atténuer la douleur et les souffrances des enfants, des adolescents et des adultes présentant des troubles concourants (maladie mentale et toxicomanie). Il arrive trop souvent que l'on traite ces gens-là pour un seul de leur problème, quand on les traite effectivement. Dès qu'un trouble n'est pas traité, ce sont les deux qui empirent et l'on constate souvent l'apparition d'autres complications, notamment les risques suivants : autres problèmes médicaux, chômage, séparation des familles et des amis, itinérance, incarcération et suicide. Le Comité a appris que trop peu de fournisseurs ou de systèmes de traitement des maladies mentales ou des toxicomanies s'attaquent efficacement au problème que posent les troubles concourants.

L'intervention précoce devrait prendre place dans des lieux facilement accessibles comme les cabinets et les cliniques de soins primaires de même que les écoles et partout où le risque de maladie mentale est présent comme dans les services de justice pour jeunes et de bien-être de l'enfance. Outre qu'il faut adopter une approche coordonnée, il est important : d'assurer la formation du personnel scolaire pour qu'il sache détecter et reconnaître les premiers signes de la maladie mentale; de former les fournisseurs de soins primaires; et d'éliminer les obstacles à l'assurance-santé publique, surtout pour les services psychologiques.

³⁷⁸ Société de schizophrénie du Canada, mémoire au Cabinet, 2004, p. 5.

8.3 LOI SUR LA SANTÉ MENTALE

Outre qu'ils sont responsables, au premier chef, d'offrir les services de santé mentale et de traitement des toxicomanie dans leur domaine de compétence, les provinces et les territoires doivent adopter et appliquer des lois en santé mentale. Celles-ci régissent la prestation des traitements psychiatriques aux personnes gravement touchées par une maladie mentale et incapables de réclamer et d'accepter l'aide nécessaire. Pour l'instant, chaque province et territoire administre sa propre loi en matière de santé mentale, à l'exception du Nunavut où c'est la loi des Territoires du Nord-Ouest qui s'applique.

Toutes les lois provinciales et territoriales en matière de santé mentale définissent les critères d'admission non consentie dans les hôpitaux à des fins de traitement psychiatrique, les conditions d'autorisation et de refus de traitement, ainsi que les critères applicables aux congés conditionnels et aux procédures de révision et d'appel. Dans les cas où l'admission en hôpital et les traitements psychiatriques ne sont pas imposés, ceux et celles qui refusent de leur plein gré d'entreprendre un traitement volontaire se retrouvent seuls face aux conséquences de leur maladie non traitée. Les personnes souffrant de troubles mentaux non traités présentent un taux de mortalité et d'incapacité sur une vie plus élevé que la plupart des personnes atteintes d'une maladie physique.

En général, les traitements obligatoires permettent à la personne qui souffre d'une maladie entravant sa capacité de raisonner de retrouver sa liberté de pensées et de mouvements. Or, si on ne la traite pas contre son gré, elle risque d'avoir des séquelles sur le plan du sentiment d'autonomie et sur celui des droits légaux et civiques. C'est pour cette raison que la loi peut devoir réaliser l'équilibre entre les besoins des personnes malades et ceux de la société en général.

[Gray, Shone et Liddle (2000), Canadian Mental Health Law and Policy, p. 5.]

Les lois sur la santé mentale sont également destinées à réaliser un équilibre entre les droits et la dignité de l'individu, la protection de la société et le souci de la société d'aider ceux et celles qui ne sont pas en mesure de s'aider eux-mêmes. D'ailleurs, Toutes les lois provinciales et fédérales doivent se conformer aux dispositions de la *Charte* qui constitue la loi suprême au Canada. Dans le contexte des questions de santé mentale, les articles pertinents de la *Charte* sont les articles 7, 9, 12 et 15 ainsi que l'article premier. En vertu de l'article 7, il ne peut être porté atteinte au droit de chacun à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. En vertu de l'article 9, chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraires. En vertu de l'article 12, chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités. Enfin, en vertu de l'article 15, la loi s'applique également à tous, en tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur les déficiences mentales. Bien que la *Charte* garantisse certains droits aux termes des articles précités, la réserve établie à l'article premier limite le caractère absolu de ces garanties. En effet, selon l'article 1, les droits reconnus par la *Charte* ne le sont qu'en deçà des limites raisonnables et justifiables. Un tribunal peut donc

décider que la violation d'un droit, même s'il est garanti par la *Charte*, est raisonnable et justifiée dans la société d'aujourd'hui.³⁷⁹

En 1984, craignant que les actuelles lois sur la santé mentale fassent l'objet de contestation au titre de la *Charte*, un groupe établi en vertu de la Conférence sur la loi uniforme a proposé une « loi uniforme sur la santé mentale » en tant que modèle de loi provinciale dans ce domaine. Ce groupe d'études était composé d'un avocat et d'un haut fonctionnaire en santé mentale pour chaque province et territoire participant. La loi uniforme sur la santé mentale a été adoptée par les représentants à la Conférence sur la loi uniforme en 1987. Les principes qui suivent constituent les fondements de la Loi uniforme sur la santé mentale proposée :

- Un régime qui privilégie l'admission et la détention en cure volontaire et le traitement avec le consentement éclairé du malade est préférable à des services obligatoires.
- Lorsqu'il n'y a pas d'autre choix que de recourir aux services obligatoires qui portent atteinte à la liberté d'une personne et à son droit de prendre des décisions, il faut respecter les dispositions de la Charte.
- On doit proposer au malade plusieurs types de traitements, y compris ceux qui sont les moins contraignants et les moins perturbateurs, en lui donnant les explications nécessaires.
- L'obligation de respecter la confidentialité des renseignements contenus dans le dossier médical d'un malade mental est d'autant plus importante que cette personne est vulnérable et que tout manquement à cet égard risque d'avoir de graves conséquences.
- Le malade a le droit d'examiner les documents réunis pour les besoins de son traitement médical, pour vérifier l'exactitude des renseignements qu'ils contiennent.
- Lorsqu'une décision prise en vertu de dispositions législatives porte atteinte aux droits et libertés d'une personne, un organisme indépendant ou un tribunal peut examiner une telle décision pour décider si elle est équitable ou non.³⁸⁰

La loi uniforme sur la santé mentale n'a jamais été mise en œuvre en tant que telle dans les provinces et les territoires, mais de nombreux ressorts ont adopté des lois qui en reprennent les principes fondamentaux. Il demeure, cependant, d'importantes différences d'un ressort à l'autre dans les dispositions des lois pertinentes sur la santé mentale. Les différences pourraient avoir d'importantes répercussions sur les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, parce que beaucoup ne peuvent recevoir à

La Loi sur la santé mentale peut jouer un rôle déterminant pour établir si une personne, atteinte d'une maladie mentale grave doit ou non recevoir un traitement psychiatrique et si ce traitement doit être dispensé rapidement.

[Gray et O'Reilly, « Clinically Significant Differences Among Canadian Mental Health Acts », Canadian Journal of Psychiatry, vol. 46, n° 4, mai 2001, p. 315-321.]

³⁷⁹ Maureen Anne Gaudet, Division de la santé mentale, Direction des services de santé, Direction générale des programmes et des services de santé, Santé Canada, *Vue d'ensemble de la législation sur la santé mentale au Canada*, 1994, p. 4.

³⁸⁰ Maureen Anne Gaudet (1994), p. 17-18.

temps le traitement dont elles ont besoin. Ces différences peuvent aussi être la cause d'importants dilemmes pour les psychiatres. C'est ainsi que Gray et O'Reilly (2001) ont relevé les principales anomalies suivantes :

- Dans certains ressorts, les critères régissant l'admission contre le gré du patient précisent que la personne doit être susceptible de se blesser elle-même ou de causer des blessures physiques à d'autres (Alberta, Nouvelle-Écosse, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). Ailleurs, les critères en la matière comportent aussi la notion de blessure non physique (mentale). Les mesures qui limitent l'admission et le traitement involontaire à des seuls critères de blessure physique posent un problème d'ordre éthique aux psychiatres qui peuvent estimer qu'un patient est en détresse profonde à cause d'une maladie psychotique sans pour autant risquer de se blesser ni de blesser quelqu'un d'autre. Le cas échéant, même s'ils sont convaincus qu'un traitement permettrait d'alléger rapidement et efficacement cette détresse, ils ne peuvent ni hospitaliser le patient ni le traiter. Ce faisant, certaines personnes atteintes d'une maladie mentale grave et ayant besoin de traitements psychiatriques ne reçoivent pas de soins dans des délais raisonnables. Selon Gray, Shone et Liddle (2000) : « L'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladie mentale qui se retrouvent en prison ou sans abri est en partie attribuable aux lois qui limitent l'admission involontaire au seul danger physique.³⁸¹ »
- À la suite de l'admission involontaire d'une personne, certaines provinces la contraignent à suivre un traitement (Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Québec et Saskatchewan);³⁸² ces provinces ont recours à un agent de l'État pour autoriser le traitement (médecin traitant, directeur d'une unité psychiatrique ou tribunal). Les autres ressorts permettent au patient de refuser le traitement, mais un autre décideur peut renverser cette règle s'il en va de l'intérêt de la personne (soit un gardien, un parent, un curateur public, un Comité d'examen ou un tribunal). En revanche, l'Ontario, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut respectent tout vœu antérieur exprimé par la personne de ne pas recevoir de traitement, même si cela doit prolonger sa détention et ses souffrances. Toutes les provinces et

Les procédures judiciaires peuvent retarder indûment le traitement de patients réfractaires. Malheureusement, le traitement doit être interrompu en vertu de la loi ontarienne sur le consentement aux soins de santé dès que la personne s'adresse à un tribunal. Une étude indique que la durée moyenne d'interruption du traitement est de 253 jours à compter du moment où un tribunal a été saisi. Cela veut dire que les personnes de trouvant dans cette situation ont été détenues contre leur gré pendant plus de huit mois, ce qui a été source, pour elles et pour leur famille, d'une angoisse inutile, et que l'on a gaspillé d'importantes sommes provenant des impôts des particuliers. Un simple changement à la loi permettrait de corriger ce problème.
[Société canadienne de schizophrénie, mémoire au Comité, 2004, p. 9.]

³⁸¹ John E. Gray, Margaret A. Shone et Peter F. Liddle, *Canadian Mental Health Law and Policy*, 2000, p. 5.

³⁸² Dans certains cas, toutefois, le patient peut demander au tribunal d'ordonner à l'hôpital de suspendre son traitement.

tous les territoires prévoient qu'un conseil ou une commission de révision examine la validité d'une hospitalisation non consentie. Quand, pour obtenir l'autorisation de traitement, il faut avoir recours à un tribunal ou à une autre personne chargée de prendre la décision, les délais peuvent aller de quelques jours à quelques années avant que le traitement ne commence.

- Tous les ressorts reconnaissent que le traitement obligatoire au sein de la communauté est moins restrictif que l'admission non consentie suivie d'un traitement en milieu hospitalier. Ce faisant, les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale renferment des dispositions qui autorisent un congé conditionnel d'un hôpital ou l'émission d'ordonnance de traitement communautaire (OTC). Les dispositions permettant un congé conditionnel autorisent un patient réfractaire à se retrouver au sein de la communauté; le patient demeure toutefois sous l'autorité de l'hôpital, mais il peut poursuivre son traitement au sein de la communauté. En Saskatchewan et en Ontario, il n'est pas question de régler le cas de patients non consentants, mais de prévoir un traitement obligatoire pendant que la personne réside au sein de la communauté. Les OTC sont destinées à réduire le syndrome des va-et-vient, à réserver ainsi les lits d'hôpitaux aux autres malades et à aider ceux qui ont besoin de soins en santé mentale à intégrer la communauté. Toutefois, pour que les OTC soient efficaces, les services et les moyens de soutien doivent permettre de réaliser les conditions nécessaires. La principale critique adressée aux OTC concerne le fait que les services nécessaires ne sont pas offerts à l'extérieur des hôpitaux et que les patients ne réussiront pas au sein de la communauté et qu'ils devront être hospitalisés. Dans le même ordre d'idées, on reproche le fait que les hôpitaux vont faire sortir prématurément la personne et la « relâcher » dans la communauté. Seules quatre lois provinciales sur la santé (en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario et en Saskatchewan) interdisent qu'une personne soit visée par une OTC à moins qu'il existe des moyens de soutien appropriés dans la communauté.

Il est évident que la gestion psychiatrique des patients ayant vécu des épisodes graves de maladie mentale variera grandement selon le lieu de résidence de ces personnes au Canada. Dans certaines provinces ou territoires, là où l'admission et le traitement sont rapides, les personnes souffrant de troubles mentaux graves ont une bonne chance de reprendre un jour des activités quotidiennes « normales ». Ailleurs, plusieurs mois voire plusieurs années peuvent s'écouler avant que la santé mentale du patient se détériore au point qu'on juge qu'il risque de s'infliger des blessures corporelles graves ou d'en infliger à d'autres et que cet état mérite une hospitalisation contre son gré. Même après leur hospitalisation, ces personnes peuvent ne pas recevoir de traitement pendant plusieurs mois ou plusieurs années dans les ressorts où l'amorce des traitements est empêchée en attendant que l'appel soit tranché ou quand les personnes concernées ont émis, avant leur hospitalisation, le vœu de ne pas être traitées et que ce vœu doit être respecté en vertu de la loi.

Voici ce que Gray et O'Reilly (2001) disent à ce sujet dans leur examen des lois provinciales et territoriales sur la santé mentale :

Il est particulièrement inquiétant de constater de tels écarts de pratique entre les provinces et les territoires. Il est de plus en plus établi que la durée d'une psychose non traitée débouche sur un piètre pronostic mais

qu'une intervention précoce peut permettre d'éviter la progression de maladie sous-jacente. Qui plus est, il est évident que les psychoses qui apparaissent à un jeune âge peuvent entraver la réalisation de tâches développementales importantes comme les études, la formation professionnelle et les traitements psychosociaux. [...] La recherche indique que les taux d'itinérance, de violence, de victimisation et de criminalisation sont supérieurs dans le cas des personnes qui souffrent d'une maladie mentale n'ayant pas été traitée que dans celui de personnes dont la maladie a été traitée. Les congés conditionnels et les ordonnances de traitement communautaire sont maintenant utilisés un peu partout au Canada et à l'étranger. Ces mesures ont fait leur preuve dans la réduction des hospitalisations et dans la promotion de l'observance thérapeutique.³⁸³

Devrait-on insister pour que les lois provinciales et territoriales en matière de santé soient davantage uniformisées? Les écarts constatés dans les lois sur la santé mentale traduisent-ils des points de vue divergents comme un équilibre à réaliser entre la protection des personnes vulnérables, les droits et libertés de la personne et la sécurité publique? Comme l'ont si bien fait remarquer Gray, Shone et Liddle (2000), en fin de compte, les lois sur la santé mentale sont affaire de valeurs sociétales :

La société doit se demander si, au nom de la liberté, il faut laisser la personne qui est atteinte d'une maladie cérébrale traitable et qui connaît les affres des délires en souffrance et sans abri parce qu'elle n'est pas physiquement dangereuse. La société est-elle favorable au « droit d'être psychotique » au point qu'il faudrait permettre à quiconque de refuser un traitement et donc de demeurer détenue pendant de longues périodes, aux frais de l'État, quitte à ce qu'elle court le risque de se blesser grièvement elle-même ou de blesser quelqu'un d'autre? Ou alors, la société doit-elle maintenir cette personne dans les hôpitaux quand, moyennant une loi adaptée, celle-ci pourrait être chez elle, au sein de leur communauté? La société préfère-t-elle que les gens fonctionnent au sein de leur communauté parce qu'ils sont légalement tenus de suivre leur traitement ou veut-elle les amener à connaître de nouveaux épisodes psychotiques et de nouvelles hospitalisations non consenties? Une société juste et compatissante doit sous-peser ces différentes options en tenant compte, notamment, du souci de réduire l'intrusion de l'État dans la vie des gens.³⁸⁴

³⁸³ John E. Gray et Richard L. O'Reilly, « Clinically Significant Differences Among Canadian Mental Health Acts », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 46, n° 4, mai 2001, p. 320.

³⁸⁴ John E. Gray, Margaret A. Shone et Peter F. Liddle, *Canadian Mental Health Law and Policy*, octobre 2000, p. 358.

8.4 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Toutes les provinces et tous les territoires ont entrepris la réforme et le renouvellement de leur système de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies. Certains ressorts sont plus avancés que d'autres, mais tous ont retenu les mêmes objectifs et les mêmes principes. En outre, la plupart des provinces sont confrontées à des défis et à des obstacles semblables dans leur tentative visant à améliorer la prestation des services de santé mentale et des moyens de soutien de même que les services de traitement des toxicomanies.

Le Comité rejoint les témoins pour affirmer qu'il faut mettre un terme à la « philosophie du cloisonnement » en matière de planification des politiques et de prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie. Pour cela, il convient d'améliorer l'intégration, les partenariats et la collaboration. Ce travail sera fondamental pour parvenir à un système de traitement en santé mentale et en toxicomanie qui soit vraiment efficace.

Nous convenons aussi avec les témoins que les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie et les organisations non gouvernementales doivent prendre part à la réforme du système. Il ne sera possible de mettre sur pied un système homogène que si nous faisons appel à leur vécu et à leur savoir.

Pour instaurer un tel système homogène de services et de moyens de soutien en santé mentale et en traitement des toxicomanie – système axé sur la personne – il faudra aussi relever de nombreux défis sur les plans de la planification des ressources humaines et de la réforme des soins de santé primaires. De plus, il faudra mettre davantage l'accent sur la détection et l'intervention précoces. Il faudra, tout particulièrement, répondre dans des délais raisonnables aux besoins des enfants et des adolescents.

Le Comité reconnaît aussi que les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont particulièrement vulnérables et que les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies doivent donc refléter un équilibre approprié entre les droits de ces personnes et le rôle de la société à s'en occuper de façon compatissante. Il importe de décider si les contradictions actuelles constatées dans les différentes lois provinciales et territoriales sur la santé mentale nécessitent un examen formel.

CHAPITRE 9: POLITIQUES ET PROGRAMMES VISANT LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE: LE CADRE FÉDÉRAL

Compte tenu des niveaux de fardeau qu'imposent les problèmes de santé mentale et la maladie mentale à la société, les gouvernements du Canada ne peuvent plus ignorer la réalité. Le temps est venu de corriger les déséquilibres du passé. Le Canada ne peut atteindre la vision holistique de la santé mentale [...] que s'il s'attaque de façon coordonnée aux questions complexes interreliées. Il faut désormais un leadership national coopératif dans une stratégie d'action nationale. Nous espérons que le gouvernement fédéral relèvera ce défi. En tant que citoyens, nous en profiterons tous.
[Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, juin 2003, p. 31.]

INTRODUCTION

Le présent chapitre porte sur le rôle et la responsabilité du gouvernement fédéral en ce qui concerne l'élaboration de politiques et de programmes dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Il présente aussi diverses mesures fédérales qui aident à former un cadre général dans ce domaine. Une distinction est faite cependant entre les projets fédéraux visant les populations relevant directement de sa compétence et les autres projets de portée plus nationale qui touchent des questions plurigouvernementales, notamment celles qui intéressent principalement les provinces et les territoires.

La section 9.1 donne un aperçu du rôle direct et du rôle indirect que joue le gouvernement fédéral en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie. La section 9.2 décrit et évalue le rôle direct du gouvernement fédéral à l'égard des populations relevant spécifiquement de sa compétence, soit : les Premières nations et les Inuits; les détenus des pénitenciers fédéraux; les anciens combattants et les membres des Forces canadiennes; la Gendarmerie royale du Canada; les fonctionnaires fédéraux. La section 9.3 examine la coordination interministérielle en ce qui a trait au rôle direct du gouvernement fédéral. La section 9.4 aborde le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral sur le plan national (rôle indirect); il étudie aussi les leviers juridiques et financiers dont dispose le gouvernement pour influencer sur la politique dans le domaine. La section 9.5 donne une évaluation générale des politiques et des programmes fédéraux ayant une incidence sur la prestation de services de santé mentale, de services de traitement de la toxicomanie et de moyens de soutien sociaux. La section 9.6 traite d'un plan d'action national envisageable. La section 9.7 examine la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie du point de vue de la santé de la population et la section 9.8 présente les observations du Comité.

9.1 RÔLE DIRECT ET RÔLE INDIRECT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Pour pouvoir dresser un tableau de l'étendue du rôle du gouvernement fédéral en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, les attachés de recherche du Comité ont cherché dans les lois et règlements codifiés du Canada des expressions comme « toxicomanie », « invalidité », « troubles mentaux », « santé mentale », « maladie mentale » et « abus de substance ». Le tableau 9.1 dresse la liste des lois fédérales qui contiennent ces termes.

Le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine comporte manifestement deux volets. Il est, d'abord, *directement* responsable de certains groupes de Canadiens. D'après le rapport au Parlement sur le rendement du Canada en 2003 : « le gouvernement fédéral fournit des services de santé primaires et complémentaires à environ un million de personnes admissibles – ce qui en fait le cinquième plus important prestataire de soins de santé au Canada. Parmi ces personnes figurent notamment les anciens combattants, les militaires, les détenus des pénitenciers fédéraux, certains immigrants reçus et demandeurs du statut de réfugié, les membres en service actif des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que les membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits.³⁸⁵ » De plus, le gouvernement fédéral est un important employeur dont le vaste effectif a ses propres préoccupations en matière de santé.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral est censé donner une perspective nationale à la politique sociale, laquelle vise notamment la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Il joue ainsi un rôle *indirect* de surveillance générale de l'intérêt public de tous les Canadiens à l'échelle nationale. Il s'acquitte de cette responsabilité de plusieurs façons : transferts de fonds aux provinces, surveillance d'activités et collecte de données, financement et exécution d'activités de recherche et de développement, homologation de médicaments, soutien du revenu et prestations d'invalidité pour les Canadiens visés, programmes sociaux comme des initiatives de logement, financement du système de justice pénale et réalisation d'un certain nombre de programmes visant à promouvoir de façon générale la santé et le mieux-être de la population.

³⁸⁵ Conseil du Trésor du Canada, *Le rendement du Canada 2003 – Rapport annuel au Parlement*, Ottawa, 2004, p. 30.

TABLEAU 9.1
LOIS FÉDÉRALES CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE,
LA MALADIE MENTALE OU LA TOXICOMANIE

<i>Code criminel</i>
<i>Loi canadienne sur la santé</i>
<i>Loi canadienne sur les droits de la personne</i>
<i>Loi de l'impôt sur le revenu</i>
<i>Loi électorale du Canada</i>
<i>Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants</i>
<i>Loi fédérale sur les prêts aux étudiants</i>
<i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>
<i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>
<i>Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada</i>
<i>Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes</i>
<i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i>
<i>Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques</i>
<i>Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées</i>
<i>Loi sur la taxe d'accise</i>
<i>Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies</i>
<i>Loi sur le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail</i>
<i>Loi sur le ministère de la Santé</i>
<i>Loi sur l'emploi dans la fonction publique</i>
<i>Loi sur le Parlement du Canada</i>
<i>Loi sur les aliments et drogues</i>
<i>Loi sur les allocations aux anciens combattants</i>
<i>Loi sur les allocations de retraite des parlementaires</i>
<i>Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces</i>
<i>Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada</i>
<i>Loi sur les mesures d'urgence</i>
<i>Loi sur les normes de prestation de pension</i>
<i>Loi sur les pensions</i>
<i>Loi sur les prestations de retraite supplémentaires</i>
<i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i>
<i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i>
<i>Loi sur l'extradition</i>
<i>Régime de pensions du Canada</i>

Source : Division du droit et du gouvernement, Service d'information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Dans un rôle comme dans l'autre, le cadre envisagé en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie ne saurait supplanter la responsabilité première des provinces et des territoires en matière de conception et de réalisation des programmes. Il reste toutefois une nécessité absolue d'établir un cadre applicable à tous les Canadiens, qu'ils relèvent de la compétence fédérale ou provinciale.

Tom Lips, conseiller principal en santé mentale à la Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à Santé Canada, a clairement établi la distinction entre les responsabilités fédérales et les responsabilités provinciales/territoriales lorsqu'il est question de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie :

D'abord, les rôles et responsabilités des administrations fédérales/provinciales/territoriales sont différents dès lors qu'il s'agit de santé mentale et de maladie mentale [...] C'est aux gouvernements provinciaux et territoriaux que revient la principale responsabilité d'assurer la planification et la prestation des services de santé destinés à l'ensemble de la population. Comme vous le savez, les transferts fédéraux permettent de financer en partie la prestation des services de santé. Le gouvernement fédéral a aussi un mandat particulier en matière de prestations de soins de santé à l'égard de certaines populations, notamment les membres des Premières nations vivant dans la réserve et les Inuits. Il est également chargé de la promotion de la santé à l'échelle nationale. Les deux paliers de gouvernement mènent des activités de promotion de la santé, de recherche et de surveillance, et ont conjugué leurs efforts pour régler certaines difficultés en matière de prestation de services – par exemple, en définissant des pratiques exemplaires.³⁸⁶

En fait, l'éventail des programmes et des services fédéraux visant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie est très vaste. Il comprend des dispositions visant des groupes particuliers qui relèvent directement de la compétence d'Ottawa ainsi que de nombreuses mesures en réponse aux préoccupations de la population en général. Les sections qui suivent portent sur les aspects propres au gouvernement fédéral et sur les éléments généraux de portée nationale et, là où c'est possible, elles fournissent des éléments d'information afin de pouvoir évaluer ces programmes et services.

9.2 RÔLE DIRECT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL³⁸⁷

Les sections qui suivent décrivent et évaluent les programmes et les projets existants à l'intention des groupes particuliers qui relèvent directement de la responsabilité fédérale.

9.2.1 Les Premières nations et les Inuits

La *Loi constitutionnelle de 1982* (article 35) définit les peuples autochtones comme étant « des Indiens, des Inuit et des Métis du Canada ». Malgré cette définition constitutionnelle assez générale, le gouvernement fédéral n'est actuellement responsable que des Indiens vivant dans

³⁸⁶ Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada (11:6).

³⁸⁷ L'information contenue dans cette section est tirée d'un document de Nancy Miller-Chenier, *Federal Responsibility for the Health Care of Specific Groups*, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, à venir.

les réserves et de certains Inuits. Santé Canada estime servir quelque 735 000 membres des Premières nations et Inuits admissibles.

Ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui assument la responsabilité générale des Autochtones vivant hors réserve, y compris les Métis et les Indiens non inscrits. Ces groupes ont accès à des programmes et à des services au même titre que les autres résidents. Ces domaines de compétence distincts, conjugués à la diversité de notre population autochtone, ont sérieusement nui à l'établissement d'un plan exhaustif pour l'élaboration d'un véritable système en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie.

Au fil des ans, le gouvernement fédéral a tenté à plusieurs reprises de régler les problèmes de maladie mentale et de toxicomanie dans les collectivités autochtones. Au début des années 90, le ministère fédéral de la Santé a produit, avec l'aide d'un comité directeur multilatéral, un Programme de santé mentale destiné aux Premières nations et aux Inuits. Il a aussi ciblé les peuples autochtones dans le cadre de stratégies générales comme la Stratégie anti-drogue, le Programme de la prévention de la violence familiale et le Programme pour des collectivités en bonne santé. En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones a attiré l'attention sur les problèmes de santé mentale associés à la pauvreté, à la maladie et à la désorganisation sociale dans de nombreuses collectivités.

En janvier 1998, le gouvernement fédéral a publié sa réponse au rapport de la Commission royale dans un document intitulé *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*;³⁸⁸ celui-ci proposait une stratégie pour amorcer le processus de réconciliation et de renouvellement de sa relation avec les peuples autochtones. Deux importantes initiatives visaient à donner aux peuples autochtones plus d'autonomie face à certaines de leurs préoccupations liées à la santé physique et mentale. Tout d'abord, en 1998, le gouvernement fédéral a financé la Fondation autochtone de guérison, un organisme sans but lucratif administré par des Autochtones, afin d'appuyer les mesures de santé communautaire prises par des Métis, des Inuits et des membres des Premières nations dans les réserves et hors réserve. Ces mesures s'adressaient aux victimes de mauvais traitements et de violence sexuelle dans les pensionnats et aux personnes touchées indirectement par des répercussions intergénérationnelles. Deuxièmement, en 1999, Santé Canada a travaillé en collaboration avec plusieurs organismes autochtones afin de mettre sur pied l'Organisation nationale de la santé autochtone. Ce nouvel organisme, dont le nom officiel est Organisation pour la promotion de la santé des peuples autochtones, s'intéresse en priorité aux domaines de l'information et de la recherche en santé, aux méthodes traditionnelles employées pour rester en santé et guérir, à la politique de santé, au renforcement des capacités et à l'éducation publique.

En 2003, le gouvernement a décidé de consacrer 1,3 milliard de dollars sur cinq ans à l'élaboration d'un système de soins de santé efficace et viable pour les Premières nations et les Inuits.³⁸⁹ Dans le discours du Trône de février 2004, Ottawa s'est en outre engagé à adopter une approche plus cohérente à l'égard des nombreuses questions touchant les collectivités autochtones. Le gouvernement fédéral a promis d'établir un centre indépendant

³⁸⁸ Affaires indiennes et du Nord canadien, [*Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*](#), Ottawa, 1997.

³⁸⁹ Ministère des Finances du Canada, [*Le plan budgétaire 2003*](#), p. 17.

sur le gouvernement des Premières nations, de renouveler la stratégie de développement des ressources humaines autochtones, de donner plus d'ampleur à la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain et de créer un comité du Cabinet chargé des affaires autochtones.³⁹⁰

9.2.2 L'évaluation de la situation des Premières nations et des Inuits

À l'heure actuelle, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord canadien sont les deux principaux ministères fédéraux chargés des soins de santé, des services de santé mentale, du traitement de la toxicomanie et des services sociaux dispensés aux membres des Premières nations et aux Inuits.

Santé Canada, par le biais de sa Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, s'occupe des programmes suivants qui concernent la maladie mentale et la toxicomanie :

- Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogue chez les Autochtones (PNLAADA) : ce programme est en grande partie pris en charge par les communautés et les organismes des Premières nations; il comprend un réseau de 48 centres de traitement et programmes de prévention communautaires.
- Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes : grâce à son réseau de dix centres de traitement, ce programme offre des services d'évaluation, de traitement des malades hospitalisés et de counselling à l'intention des adolescents des Premières nations et inuits ayant des problèmes d'abus de solvants.
- Programme de soutien en santé mentale des pensionnats indiens : ce programme offre un soutien en santé mentale et un soutien affectif aux demandeurs admissibles qui ont entamé une poursuite pour les mauvais traitements subis dans des pensionnats indiens et dont les recours contre le gouvernement du Canada sont en cours de règlement. Il est réalisé par Santé Canada en collaboration avec Affaires indiennes et du Nord canadien.
- Syndrome d'alcoolisation fœtale/effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) : ce projet, qui fait partie du Programme canadien de nutrition prénatale, a pour objectif de mieux faire connaître le SAF/EAF et d'offrir des services de santé mentale aux personnes à risque ainsi que des services de désintoxication aux femmes enceintes à risque, à leurs partenaires et à leurs familles.
- Programme des Services de santé non assurés (SSNA) : ce programme offre aux Indiens inscrits et aux Inuits et Innus des biens et des services médicalement nécessaires non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux/territoriaux ou privés. Les avantages en question apportent un complément aux services de santé couverts par les provinces et les territoires et portent notamment sur les médicaments, le transport à des fins médicales, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et l'équipement médicaux ainsi que le counselling en santé mentale et en situation de crise.

³⁹⁰ Le gouvernement du Canada, *Discours du Trône, 2004*, p. 11-13.

- Programme d'aide scolaire aux Autochtones dans les réserves : ce programme vise à répondre aux besoins affectifs, sociaux, sanitaires, nutritionnels et psychologiques des jeunes autochtones en vue de les préparer à l'école. Il est réalisé en collaboration avec les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé de Santé Canada. Il est mené en outre de concert avec l'Initiative visant la garde d'enfants de Développement des ressources humaines Canada et le Programme de maternelle du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, tous les deux menés à l'échelon national et local, afin de faire en sorte que le Programme d'aide scolaire aux Autochtones dans les réserves comble les lacunes et complète les programmes existants.³⁹¹

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien offre, dans le cadre de ses politiques et programmes sociaux, le Programme des services à l'enfance et à la famille, l'Aide sociale, le Programme de soins aux adultes, la Prestation nationale pour les enfants et d'autres services sociaux visant le mieux-être de l'individu et de la famille. Tous comportent des éléments concernant la santé mentale. Certains programmes visent plus particulièrement la maladie mentale et la toxicomanie, par exemple :

- Programme de prévention du suicide chez les Autochtones : ce programme, réalisé en collaboration avec la GRC, enseigne aux jeunes adultes et aux intervenants communautaires comment aider à prévenir le suicide. Les participants sont choisis par les dirigeants et les sages des collectivités autochtones.
- Programme du Bouclier autochtone : ce programme, réalisé en collaboration avec la GRC, fournit aux collectivités de l'information sur la toxicomanie. Il offre un soutien aux policiers autochtones et non autochtones, ainsi qu'aux dirigeants communautaires, aux travailleurs de la santé, aux enseignants et aux intervenants auprès des jeunes.
- Programme pour la prévention de la violence familiale : ce programme fournit des fonds d'exploitation aux refuges des collectivités des Premières nations. Il sert aussi à encourager les programmes communautaires qui ont pour objectif de prévenir la violence familiale dans les réserves.³⁹²

Des témoins ont informé le Comité que les programmes fédéraux visant la maladie mentale et la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits ne répondent pas adéquatement aux besoins des peuples autochtones. Ainsi, Dre Cornelia Wieman, psychiatre aux Six Nations Mental Health Services, à Ohsweken (Ontario), a parlé des séances de counselling psychiatrique offertes en vertu des Services de santé non assurés :

[Dans le cadre des SSNA,] la limite est fixée à 15 séances avec une possibilité d'un renouvellement de 12 autres séances. Un total de 27 séances ne suffit pas à bien aider un grand nombre de patients à surmonter leurs problèmes de santé mentale. La vocation du programme SSNA est de fournir un soutien aux clients en crise ou à ceux qui n'ont

³⁹¹ Santé Canada, *Budget des dépenses de 2003-2004: Rapport sur les plans et les priorités*.

³⁹² D'après les renseignements fournis sur le site Web du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (http://www.ainc-inac.gc.ca/sg/sg4_f.html).

aucune autre possibilité de recevoir du counselling. Ce counselling pourrait être assuré par une clinique psychiatrique ou un service de santé externes financés par le système de soins de santé provincial qui pourrait aussi assumer les frais de counselling individuel.

Le revenu de la majorité de mes patients est limité et ils ne peuvent pas payer les frais de counselling individuel. À cause de problèmes de transport et d'accès, beaucoup d'entre eux peuvent aussi ne pas avoir accès aux services de counselling dans les petites collectivités avoisinantes ou dans les grandes agglomérations telles que Brantford ou Hamilton. Ces personnes sont, en fait, des laissés-pour-compte.³⁹³

Mais surtout, des témoins ont souligné que la façon dont les programmes à l'intention des Premières nations et des Inuits sont compartimentés en « silos » nuit beaucoup à l'accès aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. En effet, les divers ministères, directions ou divisions offrent les services et les moyens de soutien sans chercher à collaborer les uns avec les autres. De plus, on a tendance à isoler les problèmes en fonction de leurs symptômes – toxicomanie, suicide, SAF/EAF, logement insalubre, manque d'emploi, etc. – et à concevoir des programmes indépendants pour s'attaquer à chaque problème. Or, cette approche à la pièce connaît peu de succès. D'après les témoins qui ont comparu devant le Comité, il faudra repenser en profondeur les façons de faire et déroger à la pratique établie afin de rétablir le mieux-être des collectivités des Premières nations et des Inuits d'un bout à l'autre du pays.

L'une des recommandations de la Native Mental Health Association of Canada vise l'élimination des programmes de services dans ce que nous appelons l'effet de silos. Au lieu d'accorder un financement pour la santé mentale, les services sociaux et d'autres questions de la collectivité, nous favorisons des approches d'équipe fondées sur le partenariat afin que ce qui est disponible pour une collectivité soit intégré et rendu disponible et accessible à nos clients sous forme holistique descendante, des décideurs et des planificateurs aux autorités locales.

[Brenda Restoule, Native Mental Health Association of Canada (9:51)]

Le Comité a aussi été informé que le morcellement des services servant à régler des questions interreliées constitue un réel problème. Ainsi, les membres des Premières nations et les Inuits sont mal servis par des modèles de prestation de programmes gouvernementaux qui mettent l'accent sur les services offerts aux individus par opposition aux services holistiques à l'intention des collectivités, plus adaptés à la culture autochtone. Comme l'a déclaré le D^r Laurence Kirmayer, directeur de la Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, Université McGill :

[L]es perspectives en matière de santé mentale ont tendance à viser l'individu et la vulnérabilité et l'affliction individuelles. Ce genre de données reflète vraiment l'incidence des forces sociales, des facteurs influant sur des générations entières et c'est ainsi que nous devons les

³⁹³ Dre Cornelia Wieman (9:55).

considérer. Dans ce modèle, il y a une vulnérabilité individuelle; les gens ne réagissent pas tous de la même manière face à la même adversité. Toutefois, le taux élevé global laisse à penser que beaucoup de gens sont concernés et que des éléments extérieurs à l'individu sont en jeu. Il nous importe de définir les forces sociales et de réfléchir aux moyens d'aider les gens à s'en charger.³⁹⁴

Les témoins ont aussi souligné que le fait d'offrir à tous des programmes et des services identiques ne répond pas efficacement aux besoins des peuples autochtones. En général, ces derniers connaissent leurs problèmes et sont mieux placés pour trouver des solutions adaptées et pour savoir quelles ressources doivent être utilisées en fonction des priorités de la collectivité. Sur le plan pratique, cela signifie qu'il serait de loin préférable que les ministères délèguent aux communautés autochtones le pouvoir d'adapter les services et de réagir avec souplesse aux circonstances locales. Parallèlement, il faudrait appuyer les peuples autochtones qui élaborent leurs propres solutions, plutôt que de leur imposer des solutions provenant de « l'extérieur ».

Pour que les initiatives communautaires réussissent, il faut, en parallèle, développer la capacité de la collectivité de réaliser les programmes efficacement. Or, les témoins ont signalé la grave pénurie, voire l'absence, de professionnels qualifiés en matière de santé mentale et de toxicomanie. À cet égard, D^{re} Wieman a déclaré:

[L]a formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé chez les Autochtones [...] est une des meilleures façons d'améliorer l'accès aux services de santé et les résultats dans le domaine de la santé, y compris la santé mentale. Les obstacles à l'accès aux divers services de santé mentale pourraient être éliminés et des soins plus adaptés culturellement seraient offerts. En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones a recommandé la formation en médecine de 10 000 Autochtones au cours des 10 prochaines années. Il ne reste que deux ans pour arriver à 2006 et je crois que nous sommes encore très loin de cet objectif. Le nombre de médecins autochtones au Canada est d'environ 150, la plupart sont des médecins de famille. Je n'ai pas le chiffre exact sous la main, mais je crois que le nombre de spécialistes autochtones est probablement inférieur à 25. À ma connaissance, il y a deux autres psychiatres autochtones au Canada, un quatrième finit le programme de résidence au Manitoba en juin.³⁹⁵

Le Comité a aussi été saisi du fait que les besoins des peuples autochtones sont complexes, et que les solutions à court terme échouent souvent. À dire vrai, un financement de courte durée risque d'empêcher les gouvernements autochtones d'élaborer les stratégies à long terme nécessaires pour répondre aux besoins de leurs collectivités. Il faut parfois des années

³⁹⁴ D^r Laurence Kirmayer (9:42).

³⁹⁵ D^{re} Cornelia Wieman (9:55-56).

pour élaborer des programmes efficaces et, souvent, plus le délai accordé à un projet est court, moins il y a de chances que ce dernier soit efficace.

De plus, les témoins se sont en général entendus pour dire que les niveaux de financement actuels des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits sont insuffisants. Brenda Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario, Native Mental Health Association of Canada, l'a expliqué ainsi :

Le financement actuel est déjà inadéquat et ne répond pas aux besoins de la collectivité et des membres. Étant donné que le financement est fonction de la population, de nombreuses collectivités en reçoivent un petit montant, ce qui rend difficile ou, dans un bon nombre de cas, impossible les services de counselling et d'intervention en santé mentale. La plupart des collectivités doivent utiliser leur financement pour promouvoir la santé mentale et élaborer des programmes de prévention des maladies mentales. Bien que ce type de programmes soit nécessaire, le financement ne permet par un continuum de soins dont ont désespérément besoin les collectivités des Premières nations.

[...]

Le financement est si peu élevé pour les salaires des travailleurs de santé mentale que des professionnels comme les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres ne sont pas intéressés à travailler dans les collectivités des Premières nations.³⁹⁶

Le Comité a été informé que certaines provinces ont intégré les aspects autochtones dans leurs stratégies de santé mentale. Les stratégies fédérales destinées aux Autochtones vivant dans les réserves ou à l'extérieur devront, pour réussir, s'harmoniser avec les plans provinciaux sur la santé mentale et les stratégies connexes de mise en œuvre.³⁹⁷

Pour résumer, les programmes fédéraux et provinciaux de santé mentale autochtone, qui se concentrent sur des individus ou sur des aspects particuliers d'une question, ont été critiqués parce que leur

Les moyens utilisés pour aborder [les problèmes de santé mentale] chez les peuples autochtones n'ont pas bien fonctionné. Une des conséquences de cette situation est la surreprésentation des peuples autochtones dans le système de justice pénale et dans les organismes de protection de la jeunesse. Le bien-être et l'état de santé des peuples autochtones laissent beaucoup plus à désirer que ceux des autres Canadiens. Les membres des communautés nous ont indiqué que cet état ne s'améliorerait pas tant que nous ne pourrions pas nous concentrer sur les communautés plutôt que sur les individus. [Mme Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones, IRSC (16:10)]

³⁹⁶ Brenda Restoule (9:49).

³⁹⁷ D'après Ray Block, directeur général exécutif, Alberta Mental Health Board, mémoire au Comité, 28 avril 2004, p. 10.

compartimentation empêche une coordination aisée avec d'autres programmes. Le résultat est un ramassis de programmes semblables, une multiplicité de niveaux de services et un éventail complexe de mécanismes de financement déconcertants pour les personnes auxquelles ils sont destinés ainsi que leurs familles et les collectivités. Idéalement, dans une approche holistique ou globale, les ministères mettraient leurs ressources en commun afin de pouvoir répondre, du moins partiellement et de façon structurée et intégrée, à tous les besoins connexes touchant par exemple la santé, l'éducation, le logement et l'emploi pour les particuliers, les familles et les collectivités. Des initiatives gouvernementales à l'horizontale auraient pour avantage d'aider les collectivités à mieux planifier et coordonner leurs services.

Sur le plan financier, le manque de coordination donne souvent lieu à un dédoublement inutile et coûteux des programmes. Il faut une analyse de l'environnement afin de déterminer les programmes qui existent, les cas de chevauchement entre ministères et organismes, les lacunes importantes en matière de programmation et la meilleure façon d'utiliser les ressources.

9.2.3 Les délinquants relevant du système correctionnel fédéral

Les délinquants dans les établissements correctionnels fédéraux et les autres relevant du système correctionnel fédéral, soit les détenus purgeant une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus, constituent un autre groupe important de Canadiens dont la santé est une responsabilité fédérale. À l'heure actuelle, le Service correctionnel du Canada (SCC) gère quelque 12 600 détenus et 8 500 délinquants en liberté sous condition sous la surveillance d'un agent de libération conditionnelle.³⁹⁸ Le SCC se préoccupe de la qualité des services de santé mentale et du traitement de la toxicomanie des délinquants sous responsabilité fédérale, mais cette préoccupation cède le pas à l'objectif principal des services correctionnels, soit les besoins « criminogènes ».

Les délinquants sous responsabilité fédérale relèvent entièrement du gouvernement fédéral et ne sont pas considérés comme des bénéficiaires des régimes d'assurance-maladie provinciaux. Françoise Bouchard, directrice générale des Services de santé du SCC, souligne que le mandat législatif de ce dernier est établi dans la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* :

*Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter son adaptation et sa réinsertion sociales.*³⁹⁹

De plus, dans le domaine de la santé mentale, l'objectif du SCC est de fournir « aux détenus qui ont des troubles mentaux, caractériels et comportementaux (...) un continuum de soins essentiels selon les normes professionnelles et communautaires établies.⁴⁰⁰ »

Chaque individu est évalué au moment de son admission dans le système correctionnel et des questions de base lui sont posées sur sa santé mentale, la maladie mentale et la

³⁹⁸ Service correctionnel du Canada, [Rapport sur les plans et les priorités, 2003-2004](#), p. 5.

³⁹⁹ Françoise Bouchard (7:50).

⁴⁰⁰ *Ibid.* (7:51).

toxicomanie. Après l'évaluation, un plan correctionnel est établi pour chaque détenu et celui-ci est orienté vers un établissement ordinaire ou un établissement qui offre des traitements.

Au cours des 10 dernières années, le SCC a publié des directives précises sur les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie fournis aux détenus sous responsabilité fédérale. En 1994, des directives du commissaire ont été mises en œuvre touchant les services psychologiques, qui comprennent notamment : l'évaluation; l'intervention thérapeutique; l'intervention en situation d'urgence; l'élaboration, l'application et l'évaluation de programmes.⁴⁰¹ En 2002, des directives en santé mentale ont établi des normes touchant l'évaluation, le diagnostic et le traitement qui influent sur l'accès à des professionnels de la santé mentale, les soins d'urgence et dans la collectivité ainsi que les transfèrements vers des centres de soins psychiatriques et de traitement de la toxicomanie.⁴⁰² La même année, le commissaire du SCC a publié des directives touchant le traitement à la méthadone (diagnostic et traitement).⁴⁰³ En 2003, des directives ont été publiées concernant les détenus ayant des tendances suicidaires ou à l'automutilation; elles comprennent des lignes directrices sur la prévention, l'évaluation et le traitement.⁴⁰⁴ En 2003, une directive sur les services de santé a été adoptée qui précise que le coût de prestation des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie incombe au SCC.⁴⁰⁵

En plus d'adopter ces directives, le SCC a travaillé à l'élaboration d'une stratégie exhaustive sur les soins de santé visant les besoins tant physiques que mentaux des délinquants, y compris les questions de réintégration liées à l'alcool et aux drogues. La politique de santé mentale a été façonnée par divers projets, dont le Rapport du Groupe de travail sur la santé mentale de 1991 qui visait tous les délinquants, la Stratégie sur les services correctionnels pour Autochtones de 1997 et la Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes de 2002.

Au SCC, la Direction des initiatives pour les Autochtones est chargée de créer des partenariats et des stratégies pour favoriser la réinsertion sociale, au bon moment et en toute sécurité, des délinquants autochtones. Les Autochtones représentent moins de 3 p. 100 de la totalité de la population canadienne mais constituent 18 p. 100 de la population carcérale sous responsabilité fédérale. Les programmes et les services adaptés aux besoins et à la culture des délinquants autochtones comprennent notamment les éléments suivants : des pavillons de ressourcement (9 au Canada); des établissements résidentiels communautaires (23 au Canada); le Programme de réinsertion sociale des Autochtones; des aînés travaillant en établissement et dans la collectivité; le transfert des services correctionnels aux

⁴⁰¹ John Edwards, commissaire, [*Directive du commissaire - Services de psychologie*](#), Service correctionnel du Canada, 30 décembre 1994.

⁴⁰² Lucie McClung, commissaire, [*Directive du commissaire – Services de santé mentale*](#), Service correctionnel du Canada, 2 mai 2002.

⁴⁰³ Irving Kulik, commissaire adjoint, [*Lignes directrices sur le traitement à la méthadone*](#), Service correctionnel du Canada, 2 mai 2002.

⁴⁰⁴ Lucie McClung, commissaire, [*Directives du commissaire – Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation*](#), Service correctionnel du Canada, 3 septembre 2003.

⁴⁰⁵ Lucie McClung, commissaire, [*Directive du commissaire – Services de santé*](#), Service correctionnel du Canada, 17 mars 2003.

collectivités autochtones (5 ententes signées).⁴⁰⁶ Le SCC est aussi responsable de la Stratégie nationale sur les services correctionnels pour Autochtones (en cours de révision) qui met l'accent sur les programmes adaptés, les activités communautaires, le recrutement et l'emploi des, le recrutement et l'emploi et les partenariats sur les questions autochtones.⁴⁰⁷

Les femmes ayant des besoins particuliers en santé mentale peuvent, quel que soit leur niveau de sécurité, être traitées dans une unité spécialisée distincte de 12 lits réservés aux femmes au Centre psychiatrique régional des Prairies. Cette unité sert également de ressource nationale en santé mentale pour les femmes anglophones. Les femmes francophones peuvent obtenir des traitements à l'Institut Philippe Pinel à Montréal (Québec), où le SCC a passé des contrats pour obtenir des services de traitement de patientes hospitalisées. En outre, la Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes de 2002 fournit un cadre pour l'élaboration de services de santé mentale couvrant tout un continuum de soins. L'objectif est d'appliquer les éléments de la stratégie à toutes les délinquantes et d'inclure l'intervention en situation d'urgence, les programmes de soins aigus, les programmes de soins chroniques, les unités pour besoins spéciaux, le traitement des malades externes, les services de consultation, la planification de la mise en liberté et des transfèrements, les suivis de même que les liens avec les autres programmes et services.⁴⁰⁸

Le SCC réalise aussi le Programme de prévention de la toxicomanie, composé d'un éventail de programmes institutionnels et communautaires, choisis en fonction de la gravité de la toxicomanie du délinquant. Le programme, à orientation comportementale et cognitive, est axé sur des techniques structurées de prévention des rechutes. Il comprend aussi le traitement d'entretien à la méthadone.⁴⁰⁹

9.2.4 L'évaluation de la situation des délinquants relevant du système correctionnel fédéral

Des représentants du SCC ont expliqué au Comité que les soins de santé mentale et le traitement de la toxicomanie sont nécessaires pour : réduire les effets invalidants des troubles mentaux afin d'optimiser la capacité de chaque détenu de participer de plein gré aux programmes correctionnels, notamment pour se préparer à réintégrer la collectivité; contribuer au maintien d'un milieu carcéral sûr pour le personnel, les détenus, les bénévoles et les visiteurs; atténuer l'extrême souffrance humaine que causent inutilement les troubles mentaux.⁴¹⁰

Cependant, le Comité s'est fait dire que pour assurer l'accès aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, le SCC doit accroître ses capacités. Il compte cinq centres de traitement spécialisés⁴¹¹ répartis d'un bout à l'autre du pays, mais il ne dispose pas des

⁴⁰⁶ Direction des initiatives pour les Autochtones, *Délinquants autochtones – Aperçu*, Service correctionnel du Canada.

⁴⁰⁷ Service correctionnel du Canada, *Stratégie nationale sur les services correctionnels pour Autochtones*.

⁴⁰⁸ Jane Laishes, Santé mentale, Services de santé, Service correctionnel du Canada, *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes de 2002*, 2002.

⁴⁰⁹ Service correctionnel du Canada, *Programme de prévention de la toxicomanie*.

⁴¹⁰ Service correctionnel du Canada, mémoire au Comité, avril 2004.

⁴¹¹ Le Centre de rétablissement Shepody (région de l'Atlantique), qui compte 40 lits; l'unité Archambault (région du Québec), 120 lits; le Centre régional de traitement de Kingston (Ontario), 149 lits; le

mêmes ressources que les établissements médico-légaux provinciaux. Le SCC compte de nombreux psychologues, mais ceux-ci se consacrent principalement à l'évaluation des risques en vue de la prise de décisions touchant la mise en liberté sous condition. De plus, le personnel correctionnel ne suit aucune formation particulière en santé mentale et toxicomanie.⁴¹² En ce qui concerne la Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes, cette nouvelle approche présente une difficulté, puisque les femmes nécessitant une intervention en santé mentale doivent se rendre ailleurs au pays pour obtenir les services nécessaires.

Les témoins ont aussi parlé de la nécessité d'améliorer les liens entre le gouvernement fédéral et les provinces, et entre l'appareil judiciaire et les systèmes provinciaux de services de santé mentale. Comme l'a expliqué M^{me} Bouchard, du SCC :

Il faut établir une stratégie [complète et intégrée] des besoins pour fins d'identification et de traitement des délinquants présentant des problèmes de santé mentale. Même si nous essayons de procéder à un examen lors de l'admission des délinquants, il reste beaucoup à faire en matière d'identification des délinquants atteints de problèmes de santé mentale, dès leur incarcération. C'est ce qui doit se produire dans les systèmes provinciaux également.

Il faut établir un lien entre le système de justice et les soins de santé au sein des provinces. La recherche des solutions doit débiter avant l'incarcération, pour les délinquants présentant des problèmes de santé mentale. Dans le système correctionnel fédéral, il faut améliorer la capacité de diagnostic et de traitement. Cependant, on ne nous garantit pas des ressources supplémentaires pour cela. Actuellement, nous faisons un examen de notre utilisation des lits dans nos centres de traitement, pour optimiser les ressources et les affecter à ceux qui en ont le plus besoin. Parfois, cela nécessite un changement de culture, entre la culture correctionnelle et la culture du traitement, ce qui veut dire qu'il reste beaucoup de travail à faire.

Notre dernière observation porte sur l'importance d'aplanir les conflits de compétences pour assurer la continuité des soins lors de la libération dans la communauté. Cela exige de meilleurs liens entre nous, le système correctionnel fédéral et nos homologues provinciaux ainsi que les professionnels des soins de santé mentale. Les partenariats sont la clé pour combler les lacunes de ce genre, mais qu'est-ce qui nous incitera à établir de tels partenariats?⁴¹³

Centre psychiatrique régional (région des Prairies), un établissement de 194 lits liés à l'Université de la Saskatchewan, par le biais d'une entente spéciale; le Centre régional de traitement d'Abbotsford (région du Pacifique), 192 lits.

⁴¹² Service correctionnel du Canada, mémoire au Comité, avril 2004.

⁴¹³ Françoise Bouchard (7:54-55).

Le Comité a aussi été saisi de certains aspects discriminatoires de l'appareil judiciaire. Ainsi, Patrick Storey, président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale (Colombie-Britannique), a déclaré :

Pour les délinquants fédéraux, il est difficile d'avoir accès à des services de santé mentale financés par la province dans la collectivité, en raison de dispositions spécifiques de la Loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique. Cette loi est, par elle-même, discriminatoire à l'égard de cette population. Elle ordonne aux directeurs des établissements provinciaux de ne pas offrir de soins aux personnes qui viennent d'institutions fédérales. C'est une responsabilité financière du gouvernement fédéral, si bien que les malades mentaux détenus dans une prison fédérale, qui essaient d'obtenir une libération dans la collectivité, n'obtiendront pas de services du centre local de santé mentale ou d'autres services, ce qui est intolérable. [...] Les autorités correctionnelles fédérales et provinciales et les autorités sanitaires doivent collaborer pour s'attaquer à ces anomalies et réduire la discrimination à laquelle font face les personnes en conflit avec la loi.⁴¹⁴

De plus, le Comité a été informé qu'il faut mieux harmoniser le *Code criminel* et les lois provinciales touchant la santé mentale. Les représentants de la Société canadienne de schizophrénie ont expliqué qu'en vertu du *Code criminel*, un juge peut ordonner à une personne jugée inapte à subir son procès de suivre des traitements qui la rendront apte. Cependant, ni un juge, ni la commission d'examen ne peuvent ordonner le traitement d'une personne déclarée non responsable criminellement pour cause de troubles mentaux, en vue qu'elle se rétablisse assez pour être mise en liberté. En théorie, les lois provinciales en santé mentale permettent ce genre d'ordonnance, mais dans certaines provinces, aucune mesure n'est prise. Les représentants de la Société canadienne de schizophrénie recommandent que le gouvernement fédéral modifie le *Code criminel* afin que la commission d'examen puisse ordonner les traitements nécessaires pour favoriser la mise en liberté d'une personne atteinte d'une maladie mentale qui se soigne. Selon ces représentants, il vaut mieux prendre une telle mesure que d'obliger l'intéressé à rester incarcéré pendant une période déraisonnable parce que la maladie non traitée en fait une menace importante pour la sécurité du public.⁴¹⁵

M^{me} Bouchard, du SCC, a souligné la nécessité de meilleurs soutiens communautaires :

En s'occupant des besoins des délinquants qui nécessitent des soins spécialisés de santé mentale, on peut réduire le phénomène de la « porte tournante ». Il existe ce que l'on appelle une porte tournante entre les services correctionnels, à la fois fédéraux et provinciaux, mais également dans les communautés, où les gens atteints de troubles de santé mentale se retrouvent dans le système de justice criminelle. Alors que les délinquants ayant des troubles mentaux sont moins susceptibles de récidiver —

⁴¹⁴ Patrick Storey (15:8-9).

⁴¹⁵ Société canadienne de schizophrénie, mémoire au Comité, 2004.

*notamment de manière violente —, ils sont plus susceptibles de retourner en prison à cause d'une violation de leur liberté conditionnelle, qui est souvent le résultat d'un soutien inadéquat lorsqu'ils réintègrent la société.*⁴¹⁶

9.2.5 Les anciens combattants et les membres actifs des Forces canadiennes

Anciens Combattants Canada est chargé d'offrir des services de santé et de pensions et de fournir un soutien social et économique à plus de 150 000 anciens combattants canadiens et membres des Forces canadiennes (FC). Les principaux bénéficiaires sont les anciens combattants et les civils auxquels une pension ou une allocation a été accordée.⁴¹⁷

La *Loi canadienne sur la santé* exclut expressément les membres des Forces armées de la définition d'« assuré ». Par conséquent, les militaires ne sont pas admissibles aux soins hospitaliers et aux soins médicaux assurés en vertu des régimes d'assurance-maladie provinciaux.⁴¹⁸ Les Services de santé des Forces canadiennes constituent le fournisseur de soins de santé désigné pour 83 000 membres de la Force régulière et de la Réserve au Canada et lors de déploiements, et ils offrent accès à plus de 85 000 fournisseurs au pays. Le Service Croix Bleue de l'Atlantique se charge de l'administration du programme et des paiements.

Anciens Combattants Canada administre l'hôpital Sainte-Anne, situé à Sainte-Anne-de-Bellevue, au Québec. L'hôpital offre des services médicaux et paramédicaux aux anciens combattants en résidence, ainsi qu'un large éventail d'activités récréatives et sociales. Le Centre Sainte-Anne, qui fait partie de l'hôpital, fournit des services de santé mentale aux membres des Forces canadiennes et aux anciens combattants; il a développé une expertise spécialisée dans les domaines du syndrome de stress post-traumatique et de la démence.⁴¹⁹ Des soins aux patients hospitalisés et externes sont aussi fournis par le biais d'hôpitaux liés par contrat, de foyers pour anciens combattants et d'autres hôpitaux choisis par les intéressés.

Anciens Combattants Canada verse aussi à divers groupes des prestations d'invalidité ou de décès ainsi que du soutien économique. Parmi ces groupes figurent : les membres des Forces canadiennes et les anciens combattants de la marine marchande qui ont servi pendant la Première Guerre mondiale, la Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée; certains civils admissibles à des prestations en raison de leur service en temps de guerre; des anciens membres des Forces canadiennes (y compris ceux qui ont servi dans des zones de service spécial) et de la Gendarmerie royale du Canada; les survivants et les personnes à charge de militaires et de civils.⁴²⁰

Le ministère de la Défense nationale réalise Énergiser les Forces, une initiative de promotion de la santé conçue pour aider les membres de la Force régulière et de la Première réserve à prendre en main leur santé et leur bien-être. La prévention du suicide et la lutte contre l'abus

⁴¹⁶ Françoise Bouchard (7:54).

⁴¹⁷ Anciens Combattants Canada, [Programme de soins de santé](#).

⁴¹⁸ Défense nationale, [Services de santé des Forces canadiennes](#), feuillets de documentation.

⁴¹⁹ Anciens Combattants Canada, [L'hôpital Sainte-Anne](#).

⁴²⁰ Anciens Combattants Canada, [Pensions d'invalidité](#).

de tabac et d'alcool sont deux importants éléments de cette initiative. La santé mentale y occupe aussi une place importante. En plus de mettre l'accent sur la vie active, la prévention des blessures et le mieux-être en nutrition, l'initiative comprend les mesures suivantes : Absence de dépendance (abus d'alcool et de drogue, tabagisme, jeu compulsif) et Mieux-être social (gestion du stress et de la colère, prévention de la violence familiale, familles en santé, prévention du suicide et spiritualité).⁴²¹

Santé Canada s'occupe de la santé et de la sécurité professionnelle des membres des FC. Le Programme d'aide aux militaires des Forces canadiennes est organisé par le Programme de santé au travail et de sécurité du public de Santé Canada; il s'agit d'un service téléphonique sans frais offert 24 heures par jour, 7 jours sur 7, qui fournit des services de counselling confidentiels aux militaires et à leurs familles lorsqu'ils ont des préoccupations personnelles qui influent sur leur mieux-être ou sur leur rendement au travail.⁴²²

9.2.6 L'évaluation de la situation des anciens combattants et des Forces canadiennes

Plusieurs rapports ont souligné des lacunes dans les soins et les traitements que reçoivent les membres des FC de la part du ministère de la Défense nationale en particulier et, par extension, d'Anciens Combattants Canada, soit : les rapports McLellan et Stow en avril 1998, le rapport Goss Gilroy en juin 1998 et le rapport produit en octobre 1998 par le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants de la Chambre des communes.⁴²³

Ces ministères ont réagi en adoptant un train de mesures visant la santé mentale. En avril 1999, le Centre du MDN-AAC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles a ouvert ses portes à Ottawa, afin de fournir de l'information, des services d'orientation et du soutien aux anciens membres et aux membres actuels des Forces canadiennes et à leurs familles. Par la suite, des réformes législatives et réglementaires ont rendu l'accès aux services et aux avantages plus équitable pour tous les membres des FC, que les blessures soient survenues au Canada ou au cours d'un déploiement à l'étranger. En avril 2001, Anciens Combattants Canada a lancé le Service d'aide pour les anciens membres des FC et leurs familles ayant besoin de counselling professionnel.⁴²⁴

Récemment, Anciens Combattants Canada et le ministère de la Défense nationale ont mis l'accent sur les membres des FC et les anciens combattants qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel. En février 2004, ils ont annoncé conjointement la Stratégie en matière de santé mentale pour les militaires canadiens. Cette stratégie repose sur un réseau d'établissements d'évaluation et de traitement, des forums éducatifs, un programme de formation continue et des activités de recherche sur

⁴²¹ Défense nationale, *Énergiser les Forces*.

⁴²² *Ibid.*

⁴²³ Anciens Combattants Canada, *Réponse du Gouvernement du Canada au rapport du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants sur la qualité de vie dans les Forces canadiennes*, 2001.

⁴²⁴ *Ibid.*

le syndrome de stress post-traumatique et les autres traumatismes liés au stress opérationnel.⁴²⁵

9.2.7 La Gendarmerie royale du Canada

La Gendarmerie royale du Canada (GRC) est un organisme du ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile du Canada. En plus de fournir des services de police fédérale à tous les Canadiens, elle fournit des services de police à contrat à trois territoires, à huit provinces (toutes sauf l'Ontario et le Québec), à quelque 198 municipalités et, conformément à 172 accords particuliers, à 192 collectivités des Premières nations. Au 1^{er} janvier 2004, l'effectif de la Gendarmerie s'élevait à 22 239 membres.⁴²⁶

La définition des personnes assurées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres de la GRC. L'administration de l'assurance des soins de santé pour les membres de la GRC relève d'Anciens Combattants Canada depuis 2003. Ce ministère s'occupe également de verser directement des prestations d'invalidité à environ 3 800 retraités de la GRC, ainsi que de fournir des soins de santé à quelque 800 pensionnés civils et à la retraite.⁴²⁷

9.2.8 L'évaluation de la situation de la Gendarmerie royale du Canada

Le Comité ne disposait pas d'information sur les préoccupations à la GRC en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie.

9.2.9 Les fonctionnaires fédéraux

Le gouvernement fédéral est un employeur important. Son effectif a diminué entre mars 1995 et mars 2001, passant de 225 619 à 155 360 employés, mais il est réputé avoir augmenté de nouveau au cours des dernières années.

Dans son rôle de gestionnaire général et d'employeur de la fonction publique fédérale, le Conseil du Trésor s'occupe des avantages offerts aux fonctionnaires comme le Régime de soins de santé de la fonction publique qui couvre les prestations médicales et le Régime d'assurance-invalidité qui assure un niveau de revenu raisonnable pendant les longues périodes d'invalidité physique ou mentale. Il a chargé Santé Canada de fournir des services de santé et de sécurité au travail, comme les programmes d'aide aux employés, au nom des employeurs de la fonction publique mentionnés à la partie I de l'annexe I de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*.⁴²⁸

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) est un régime privé de soins de santé à l'intention des employés de la fonction publique fédérale, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, des députés, des membres de la magistrature fédérale, des employés de certains organismes désignés ainsi que des personnes qui reçoivent des prestations de retraite en fonction de leurs services dans la fonction

⁴²⁵ Anciens Combattants Canada, *Stratégie en matière de santé mentale*, Article documentaire, 27 février 2004.

⁴²⁶ Gendarmerie royale du Canada, *Renseignements sur la GRC*.

⁴²⁷ [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.

⁴²⁸ Conseil du Trésor du Canada, *Information pour les employés du gouvernement fédéral*.

publique. Le Régime est financé grâce aux cotisations du Conseil du Trésor du Canada, des employeurs participants et des membres du Régime. L'administrateur, Sun Life du Canada, est chargé de statuer sur les demandes admissibles et de les régler.⁴²⁹

Le RSSFP rembourse à ses souscripteurs la totalité ou une partie des frais qu'ils ont engagés pour des services et des produits admissibles, seulement après qu'ils se soient prévalus des garanties offertes par leur régime d'assurance-santé provinciale/territoriale ou par des tiers assureurs des soins de santé. Les services et les produits admissibles doivent être prescrits par un médecin ou un dentiste titulaire d'un permis de pratique dans la compétence où ils sont prescrits. Le Régime rembourse les frais admissibles jugés « habituels et raisonnables », de façon à ce que les remboursements versés soient raisonnables dans le secteur géographique où les frais ont été engagés.⁴³⁰

Le Régime couvre les frais de visite chez un psychologue jusqu'à concurrence d'une limite précise de dépenses admissibles. Une prescription visant des services psychologiques est valable pendant un an. Le Régime prévoit actuellement un taux de remboursement de 80 p. 100 de 1 000 \$ par année civile, ce qui correspond à 5 ou 6 sessions par client.

En vertu de l'Assurance-invalidité de longue durée, l'employé atteint d'une invalidité totale physique ou mentale médicalement vérifiable, qui soit entraîne le retrait de toute licence obligatoire requise par l'employeur pour l'exercice de ses fonctions ou de son emploi, soit rend l'employé entièrement incapable de remplir essentiellement toutes les tâches de son poste ou de son emploi, a droit à des prestations pendant une période d'au plus 24 mois.⁴³¹

Les programmes d'aide aux employés offrent des services de counselling à court terme aux personnes qui ont besoin d'aide pour concilier les exigences de la vie personnelle et du travail. Des conseillers bilingues qualifiés et expérimentés offrent un service téléphonique sans frais (1-800) à l'échelle nationale, 24 heures sur 24; plus de 600 psychologues et travailleurs sociaux qualifiés (ou l'équivalent) offrent aussi leurs services. Les employés ayant des problèmes liés à leur vie personnelle ou au travail peuvent aussi être orientés vers des ressources au sein de la fonction publique ou dans la collectivité, s'il y a lieu, et un suivi est assuré. Les organismes fédéraux suivants sont des clients de la Employee Assistance Society of North America : le ministère de la Défense nationale, le ministère des Anciens Combattants, le ministère de la Justice, le Bureau du vérificateur général du Canada, Santé Canada, Parcs Canada, Environnement Canada, Citoyenneté et Immigration, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Pêches et Océans et le Bureau de la sécurité des transports.⁴³²

Les services décrits ci-dessus ne remplacent pas ceux fournis dans le cadre du Programme de santé des fonctionnaires fédéraux. Le Conseil du Trésor a chargé le Programme de santé au travail et de sécurité du public (anciennement connu sous le nom d'Agence d'hygiène et de sécurité au travail), qui relève de la Direction générale de la sécurité environnementale et de la sécurité des consommateurs, de fournir des services en matière de santé et de sécurité au

⁴²⁹ Conseil du Trésor du Canada, [Régime de soins de santé de la fonction publique – Protections et dispositions du Régime](#), juillet 2001.

⁴³⁰ *Ibid.*

⁴³¹ Conseil du Trésor du Canada, [Régime d'assurance-invalidité](#), novembre 1993.

⁴³² Conseil du Trésor du Canada, [Le programme d'aide aux employés](#).

travail (ainsi que des services psychologiques) aux employeurs de la fonction publique mentionnés à la partie I de l'annexe I de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*.⁴³³

De plus, des Services de gestion du stress traumatique sont offerts pour aider les employés qui ont vécu un incident traumatique, comme le décès ou la blessure grave d'un collègue de travail, un incident impliquant un grand nombre de blessés, des menaces, une agression personnelle ou d'autres formes de violence en milieu de travail. Les employés de certains groupes professionnels appelés « travailleurs des services d'urgence » (p. ex. les agents d'application de la loi, les pompiers, les infirmières et les autres travailleurs de la santé, les équipes de recherche et de sauvetage) courent un plus grand risque de vivre des incidents traumatiques. Les services englobent la sensibilisation ou la prévention, l'intervention et l'évaluation.⁴³⁴

9.2.10 L'évaluation de la situation des fonctionnaires fédéraux

De récentes études ont porté sur le stress et la nécessité, pour le gouvernement fédéral en tant qu'employeur, de faire davantage pour aider ses employés à concilier travail et vie personnelle et à adopter des modes de vie sains. M^{me} Linda Duxbury et M. Christopher Higgins ont présenté en janvier 2003 une étude menée pour Santé Canada intitulée *Établir l'équilibre entre le travail, la famille et le style de vie : Une étude nationale*. Cette étude a confirmé que les Canadiens souhaitent des horaires de travail souples, des limites quant aux heures supplémentaires, la possibilité de travailler à temps partiel ou en télétravail et des dispositions en matière de soins à la famille pour les aider à mieux concilier tous les aspects de leur vie. L'étude, qui a porté sur des employés tant du secteur public (soit huit ministères fédéraux) que du secteur privé, a permis de constater que les fonctionnaires prennent un nombre important de congés de maladie « pour cause de santé mentale » et dépensent plus en médicaments d'ordonnance que les employés du secteur privé.⁴³⁵

Une autre étude, réalisée en 2002 par l'Association professionnelle des cadres supérieurs de la fonction publique du Canada (APEX) a permis de constater une augmentation sensible de l'incidence des maladies coronariennes et cardiovasculaires, en particulier l'hypertension, chez les cadres de la fonction publique. Elle a aussi révélé une détérioration graduelle d'autres indicateurs importants de la santé. Parmi les répondants, 95 p. 100 éprouvaient des troubles du sommeil et ne dormaient en moyenne que 6,6 heures par nuit; 15 p. 100 souffraient de tendances dépressives; 53 p. 100 signalaient de hauts niveaux de stress, presque deux fois le niveau des Canadiens moyens, de même sexe et du même âge; 19 p. 100 avaient des troubles musculo-squelettiques liés à la tension. Les données de l'étude montrent que les cadres, en tant que groupe, sont soumis à des niveaux de stress élevés, voire même extrêmes.⁴³⁶

Bill Wilkerson, cofondateur de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, a déclaré que le secteur public doit faire un examen de conscience

⁴³³ Santé Canada, [Programme de santé au travail et de sécurité du public](#).

⁴³⁴ Santé Canada, Ibid., [Gestion du stress traumatique](#).

⁴³⁵ Linda Duxbury, Christopher Higgins et Donna Coghil, [Témoignages canadiens : À la recherche de la conciliation travail-vie personnelle](#), Santé Canada, janvier 2003.

⁴³⁶ APEX, [Étude sur l'état de santé des cadres dans la fonction publique du Canada](#), 27 novembre 2002.

approfondi, car les gouvernements doivent donner l'exemple, en tant qu'employeurs, en matière de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale. Se reportant à l'étude de l'APEX, il a souligné que plus de 15 p. 100 des cadres supérieurs de la fonction publique souffrent de dépression, soit 50 p. 100 de plus que la moyenne nationale et que pour les hauts fonctionnaires, les médicaments psychotropes sont une absolue nécessité et correspondent à 17,5 p. 100 de tous les médicaments absorbés.⁴³⁷

9.2.11 Les immigrants reçus et les réfugiés

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) est chargé de l'évaluation des immigrants reçus et des réfugiés. Au cours des 10 dernières années, le Canada a accueilli en moyenne chaque année quelque 220 000 immigrants et réfugiés. Un immigrant est reçu quand les autorités lui octroient le droit de vivre au Canada en permanence. Les réfugiés acceptés au Canada sont aussi des immigrants reçus. Les demandeurs d'asile ne sont pas des immigrants reçus; ils arrivent au Canada et demandent d'être acceptés comme réfugiés.⁴³⁸

Les demandeurs d'asile nécessiteux ou vivant dans une province qui exige une période d'attente de trois mois pour l'admissibilité au régime d'assurance-maladie provincial peuvent obtenir des services de santé essentiels ou d'urgence par le biais du Programme fédéral de santé intérimaire offert par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC). Les immigrants reçus prennent des dispositions pour leurs propres soins de santé, notamment en souscrivant à une assurance privée pour couvrir le délai de carence de trois mois imposé dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick).⁴³⁹

Tous ceux qui demandent la résidence permanente au Canada subissent un examen médical de leur état physique et mental. Il peut arriver, à la suite d'un examen, qu'un demandeur se fasse refuser l'entrée au Canada s'il présente un problème de santé susceptible d'en faire un danger pour la santé ou la sécurité publique ou un fardeau pour les services sanitaires ou sociaux. Le ministère ne fournit pas de renseignements très précis sur les réactions possibles aux demandeurs qui présentent des troubles mentaux graves.⁴⁴⁰

Conscient que les nouveaux venus au Canada font face à d'importantes difficultés, Citoyenneté et Immigration Canada offre plusieurs programmes visant à atténuer le stress de l'intégration dans la société canadienne. Le ministère travaille en collaboration avec les gouvernements provinciaux/territoriaux et des organismes non gouvernementaux afin de réaliser plusieurs projets pouvant favoriser la bonne santé mentale des immigrants, ainsi :

- le Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants verse des fonds à des organismes pour que ceux-ci offrent par exemple des services d'accueil, d'orientation, d'interprétation, de counselling et de recherche d'emploi;⁴⁴¹
- le Programme d'accueil associe les nouveaux arrivants à des bénévoles qui les reçoivent amicalement et leur font connaître les services qu'offre la collectivité;⁴⁴²

⁴³⁷ Bill Wilkerson, [Texte d'un discours prononcé à un déjeuner d'affaires de l'Hôpital Royal d'Ottawa](#), 6 mai 2004.

⁴³⁸ Citoyenneté et Immigration Canada, [Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004](#).

⁴³⁹ *Ibid.*

⁴⁴⁰ *Ibid.*

⁴⁴¹ Citoyenneté et Immigration Canada, [Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants](#).

- les Cours de langues pour les immigrants au Canada sont des cours de langue de base offerts aux immigrants adultes pour faciliter leur intégration.⁴⁴³

Les demandeurs d'asile peuvent avoir recours au Programme fédéral de santé intérimaire pour couvrir certains frais de soins de santé. Ce programme, administré par Citoyenneté et Immigration Canada, fournit des services de santé d'urgence et essentiels aux demandeurs d'asile nécessiteux et aux personnes protégées au Canada qui ne sont pas encore couvertes par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Le Rapport ministériel sur le rendement 2002-2003 fait état d'une injection supplémentaire de 7,6 millions de dollars pour ce programme, mais ne précise pas son coût de départ.⁴⁴⁴ Il est question dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 d'un « programme fédéral de 50 millions de dollars visant les soins de santé essentiels et d'urgence à l'intention des demandeurs d'asile⁴⁴⁵ ». Aucune ventilation n'est donnée des dépenses pouvant se rapporter à la maladie mentale ou à la toxicomanie. Cependant, ces frais risquent d'être élevés, étant donné que bon nombre des demandeurs d'asile ont été victimes de torture et d'autres incidents préjudiciables à leur santé mentale.

9.2.12 L'évaluation de la situation des immigrants reçus et des réfugiés

Le Comité ne disposait pas de renseignements lui permettant d'évaluer les politiques et les programmes fédéraux de santé mentale visant les immigrants reçus et les réfugiés.

9.3 COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE EN CE QUI A TRAIT AU RÔLE DIRECT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'examen des activités du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux groupes précis sous sa responsabilité ne permet guère de conclure à l'existence de stratégies ciblées sur des groupes précis, encore moins d'une vaste stratégie fédérale de portée universelle. Aucun effort apparent n'est actuellement déployé pour élaborer un cadre fédéral global et coordonné avec la collaboration de l'ensemble des ministères ou organismes concernés. Dans la plupart des cas, il existe peu d'indices de l'existence d'une stratégie réfléchie et inclusive visant à répondre aux besoins de l'un ou l'autre des groupes relevant de la responsabilité fédérale en matière de santé mentale. La prestation de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie de même que les efforts déployés en vue de promouvoir la santé mentale et de prévenir la maladie mentale demeurent très fragmentés et relèvent de plusieurs ministères et services ministériels distincts.

Deux initiatives interministérielles fédérales visant à coordonner les activités liées aux soins de santé et à l'abus de substances psychiques pourraient toutefois figurer au nombre des exemples à suivre pour élaborer une stratégie d'intervention dans le domaine précis de la santé mentale et de la toxicomanie. Il s'agit du Partenariat fédéral pour les soins de santé et de la Stratégie canadienne antidrogue.

⁴⁴² Citoyenneté et Immigration Canada, [Programme d'accueil](#).

⁴⁴³ Citoyenneté et Immigration Canada, [Cours de langues](#).

⁴⁴⁴ Citoyenneté et Immigration Canada, [Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2003](#).

⁴⁴⁵ Citoyenneté et Immigration Canada, [Rapport sur les plans et les priorités, 2003-2004](#), p. 42.

9.3.1 Le Partenariat fédéral pour les soins de santé⁴⁴⁶

Créé en 1994, le Partenariat fédéral pour les soins de santé, autrefois désigné Initiative de coordination des soins de santé, regroupe différents ministères fédéraux qui offrent tous individuellement des produits et des services de santé à des groupes précis de Canadiens. Ces ministères ont cru qu'en conjuguant leurs efforts, ils pourraient réduire leurs coûts et améliorer les services offerts. À l'heure actuelle, Anciens combattants y occupe une place prépondérante, aux côtés d'autres ministères participant comme le ministère de la Défense nationale, la GRC, l'Agence canadienne de développement international, les Services correctionnels, Citoyenneté et Immigration, le Secrétariat du Conseil du Trésor, Travaux publics et Services gouvernementaux et le Bureau du Conseil privé.

Les objectifs principaux consistent à négocier des ententes mixtes avec des associations professionnelles, des fournisseurs et des détaillants; à coordonner l'achat de fournitures médicales et de services de santé précis; à stimuler la concurrence par la recherche d'autres modes de prestation des services; d'améliorer l'échange d'information et la prise de décisions collectives; à faciliter l'analyse et l'élaboration conjointes de politiques; à soutenir l'élaboration concertée d'un mécanisme de gestion de l'information sur la santé à l'échelle fédérale et à organiser conjointement des activités de promotion de la santé.

En 2002-2003, les partenaires ont négocié conjointement des droits, des achats en vrac et des politiques communes qui, collectivement, ont contribué à améliorer la qualité des services offerts aux clients et ont procuré des économies de 11,6 millions de dollars. Des économies de 17,6 millions de dollars sont prévues pour 2003-2004. Jusqu'ici, malgré les immenses possibilités offertes par l'action concertée, rien de semblable n'a encore été fait dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

9.3.2 La stratégie canadienne antidrogue

L'adoption de la première stratégie nationale antidrogue en 1987 découlait de l'inquiétude suscitée par la consommation de drogues illicites au Canada. En 1988, une organisation nationale non gouvernementale, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, a été créée par voie législative afin de cibler les efforts pour réduire les méfaits pour la santé, la société et l'économie, attribuables à l'abus de substances psychoactives.

En 1992, la Stratégie canadienne antidrogue a été renouvelée et jumelée à la Stratégie de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies. Elle avait cependant toujours pour objectif d'atténuer les conséquences nocives de la consommation de drogues pour les particuliers, les familles et les collectivités en agissant tant sur l'offre que sur la demande. Coordonnée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, cette stratégie faisait intervenir plusieurs autres ministères qui cherchaient à améliorer les programmes existants et à en financer de nouveaux. Des 210 millions de dollars affectés à ce programme, 70 p. cent ont servi à financer les efforts de réduction de la demande de drogues grâce à des mesures de prévention, de traitement et de réadaptation, et 30 p. cent ont été alloués à l'application de la loi et au contrôle.

⁴⁴⁶ Conseil du Trésor du Canada, [Partenariat fédéral pour les soins de santé](#).

En 1998, le gouvernement fédéral a réitéré son engagement à l'égard des principes de la Stratégie canadienne antidrogue. Santé Canada a continué d'occuper un rôle de premier plan et de présider le Comité directeur des sous-ministres adjoints sur l'alcool et les autres drogues et certains comités interministériels, notamment le Groupe de travail interministériel sur l'alcool et les autres drogues. Les ministères fédéraux qui sont parties prenantes à la Stratégie ne se limitent pas à ceux qui ont une responsabilité directe à l'égard de la santé des Canadiens; certains ont une envergure nationale et internationale plus grande : Solliciteur général, Affaires étrangères et Commerce international, Finances, Patrimoine canadien, Justice, Douanes et Revenu Canada, Transports, Développement des ressources humaines, Condition féminine, Affaires indienne et du Nord, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Conseil du Trésor et Bureau du Conseil privé.

Dans son rapport de 2001, le Bureau de la vérificatrice générale déplorait l'approche fragmentée de la Stratégie canadienne antidrogue et demandait que la culture organisationnelle de l'ensemble de l'appareil fédéral soit modifié de manière à privilégier l'adoption de structures et de méthodes qui permettent de tirer pleinement parti des avantages du travail horizontal. Lors du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, en mai 2003, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 245 millions de dollars et à obtenir l'appui de 14 ministères fédéraux partenaires. Un rapport sur l'orientation et l'évolution de la Stratégie sera présenté au Parlement dans deux ans.

9.4 RÔLE FÉDÉRAL INDIRECT

Outre sa responsabilité fédérale directe, le gouvernement fédéral a aussi un rôle indirect et important à jouer dans l'élaboration d'un plan national multipartite à long terme en matière de santé mentale. Même si certains témoins soutiennent que la santé mentale n'a jamais été une priorité pour quelque ordre de gouvernement que ce soit, ils n'en demeurent pas moins convaincus que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie sont des problèmes qui affligent l'ensemble de la population canadienne. Par conséquent, les rôles du gouvernement fédéral, des dix gouvernements provinciaux et des trois gouvernements territoriaux sont interreliés lorsque vient le temps d'intervenir pour répondre aux besoins en soins de santé des Canadiens atteints de maladie mentale et de toxicomanie.

Il n'existe toutefois aucune capacité ministérielle centralisée, que ce soit à Santé Canada ou dans un autre ministère fédéral, ni aucune forme de structure nationale qui permette de coordonner à l'échelle nationale toute la gamme des enjeux relatifs à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie ou d'y réagir. De plus, peu de ressources sont consacrées aux aspects intergouvernementaux d'un cadre national dans ce domaine. À l'heure actuelle, le travail accompli par les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux se limite à explorer différentes possibilités de projets conjoints de réforme des soins de santé primaires, ainsi que les propositions relatives aux soins à domicile et à la télésanté. Le gouvernement fédéral est sensible à la nécessité d'adopter à cet égard une approche qui tienne compte du partage des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et du fait que la prestation de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie relèvent d'abord des provinces et des territoires.

Une structure officielle, en l'occurrence le Réseau de consultation FPT sur la santé mentale, a été créée le 17 avril 1986 afin de conseiller la Conférence des sous-ministres de la Santé sur les moyens à prendre pour favoriser la collaboration fédérale, provinciale et territoriale sur les questions de santé mentale. Son mandat consistait à :

- examiner les questions transmises par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou pour lesquelles un nombre important de provinces désirent obtenir un consensus basé sur des avis éclairés, et formuler des recommandations au besoin;
- fournir des conseils en ce qui concerne l'élaboration et l'application de politiques et de programmes pour les services de traitement en santé mentale, dans le but d'assurer le maintien de services dont la qualité et l'efficacité soient uniformes partout au Canada;
- fournir une tribune pour aider les provinces et les territoires à mettre sur pied, à organiser et à évaluer les services de santé mentale sur leur territoire;
- permettre aux gouvernements fédéral et provinciaux, aux universités et aux centres de traitement d'échanger de l'information, des données pertinentes, des résultats de recherche récentes et des avis d'experts touchant les problèmes de compétence, d'organisation, d'ordre législatif, de prestation de services, d'évaluation et d'autres questions pertinentes;
- proposer des stratégies fédérales, fédérales-provinciales et provinciales pour la promotion de la santé mentale en vue d'améliorer l'état de santé mentale de l'ensemble de la population et en particulier des enfants et des jeunes;
- recevoir des rapports sur les activités et programmes de santé mentale en cours à l'échelle nationale et fournir au besoin des conseils, une orientation et un soutien aux responsables de ces activités et programmes.⁴⁴⁷

Le travail du Réseau de consultation FPT sur la santé mentale était à l'époque soutenu par la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada, qui faisait alors partie de la Direction générale des programmes et des services de santé du ministère.⁴⁴⁸ À la fin des années 90, la Conférence des sous-ministres de la santé a toutefois retiré son appui au Réseau de consultation FPT. En conséquence, il est maintenant difficile de trouver des fonds, ne serait-ce que pour réunir des décideurs de tout le pays œuvrant dans le domaine de la santé mentale, de façon qu'ils puissent échanger de l'information et élaborer des politiques et des plans cohérents. Un certain nombre de provinces continuent malgré tout de participer au Réseau de consultation FPT, mais la portée de leur travail est limitée par le financement qu'elles sont elles-mêmes en mesure de fournir. Selon le D^r James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et Services médicaux, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, le démantèlement du Réseau de consultation FPT sur la santé mentale :

*(...) a tari une source importante de partage et de planification conjointe.
Certaines instances continuent de se réunir, mais elles doivent se battre*

⁴⁴⁷ Santé et Bien-être social Canada, *Services de santé mentale au Canada*, 1990, gouvernement du Canada, 1990, p. 26.

⁴⁴⁸ *Ibid.*

*afin de trouver du financement. Le nombre de réunions et d'instances participantes a diminué au fil des ans. Certains projets spéciaux sont financés selon une formule où l'Ontario paie la majorité des coûts, avec le soutien de Santé Canada. Le Québec ne participe pas à cette initiative.*⁴⁴⁹

Que peut faire alors le gouvernement fédéral pour faciliter la coordination, la collaboration et les partenariats nationaux dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Deux différents types de leviers peuvent être utilisés à cette fin : les leviers juridiques (ou stratégiques) et les leviers financiers (ou fiscaux). Si le gouvernement fédéral a l'autorité *juridique* voulue grâce au pouvoir conféré par le droit pénal, c'est plutôt de sa capacité *fiscale* dont il se sert pour influencer la politique sociale. Ni l'un ni l'autre de ces leviers n'est toutefois suffisamment efficace pour assurer une plus grande uniformité, pour établir et appliquer des normes, pour faciliter l'harmonisation ou pour initier des projets d'envergure nationale, car cela exige énormément de communication intergouvernementale et une grande volonté de collaborer.

9.4.1 Les leviers juridiques

Le gouvernement fédéral dispose de plusieurs moyens juridiques pour intervenir en matière de santé mentale, de maladie mentale ou de toxicomanie. Au fil des ans, il a tour à tour invoqué le droit pénal, la *Charte des droits et libertés* et les droits de la personne.

Le *Code criminel* prévoit des dispositions particulières concernant les troubles mentaux. Par exemple, on peut exonérer une personne de toute responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux. Le tribunal peut ordonner que la première partie d'une peine d'emprisonnement soit purgée dans un centre de traitement, lorsqu'il juge qu'un contrevenant « souffre de troubles mentaux en phase aiguë » et a effectivement besoin de soins immédiats.

En ce qui a trait à la toxicomanie, le Parlement s'est servi à maintes reprises du pouvoir conféré par le droit pénal. Ainsi, il a adopté des lois pour réglementer la vente, la distribution et la possession de substances psychoactives par le biais de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La *Loi sur le tabac* comporte pour sa part un vaste éventail de restrictions concernant la composition et l'étiquetage des produits du tabac, l'accès des adolescents à ces produits et la commandite d'événements par des compagnies de tabac. Dans le cas de l'alcool, le *Code criminel* pénalise la conduite avec facultés affaiblies, tandis que la *Loi sur la radiodiffusion* et le *Code de la publicité radiodiffusée en faveur des boissons alcoolisées* régissent la publicité.

Comme il est mentionné dans le chapitre précédent, la *Charte canadienne des droits et libertés* offre certaines garanties juridiques qui s'appliquent en matière de santé mentale et de toxicomanie. Les articles pertinents traitent de questions comme le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne et le droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités. La Charte est aussi à l'origine de la création de normes nationales

⁴⁴⁹ Dr James Millar, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, mémoire au Comité, 28 avril 2004, p. 4.

auxquelles les gouvernements fédéral et provinciaux peuvent devoir se conformer, si tel est le vœu des Canadiens.

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* promulguée en 1977 met en place un processus de règlement des cas de discrimination dans les domaines de compétence fédérale. Elle crée un système de recours spécialisé qui mise sur la persuasion et l'éducation pour décourager quiconque d'agir et de se comporter de façon discriminatoire, et oblige les contrevenants à assumer les frais d'indemnisation de leurs victimes. La loi s'applique à tous les ministères et organismes fédéraux et aux sociétés d'État, ainsi qu'aux entreprises et aux secteurs d'activités assujettis à la réglementation fédérale (p.ex., banques, transports, et communications).

9.4.2 Les leviers financiers

De façon générale, l'intervention fédérale demeure toutefois essentiellement de nature fiscale. Dans la mesure où il ne légifère pas directement sur des questions relevant de la compétence des provinces et des territoires, le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de taxation et de dépenser pour mettre en place divers programmes sociaux de portée nationale. Les restrictions imposées à l'égard des paiements de transfert aux provinces dans les années 90 ont toutefois incité bon nombre de provinces à demander que les mesures prises unilatéralement par le gouvernement fédéral relativement aux transferts soient remplacées par des mécanismes laissant place à une plus grande participation des provinces et des territoires.

Le pouvoir fédéral de dépenser constitue le fondement de la *Loi canadienne sur la santé* de même que des actuels Transfert canadien en matière de santé (TCS) et Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). C'est ce qui explique la participation/ingérence fédérale dans d'autres sphères sociales, comme le logement et la sécurité du revenu. Le Régime de pensions du Canada (RPC), créé par voie législative en 1965, est un autre secteur où il y a une participation fédérale/provinciale. Il existe d'autres exemples semblables de mesures sociales, par exemple, la sécurité du revenu pour les handicapés, qui peuvent améliorer l'état de santé mentale de tous les Canadiens et, en particulier, la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

La santé mentale est toutefois un exemple de domaine d'intervention où le pouvoir de dépenser conféré au gouvernement fédéral par la Constitution s'est appliqué au cours des 55 dernières années pour ensuite être retiré. Entre la création des Subventions nationales à la santé en 1948 et la conclusion de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé en 2003, les ententes de financement du gouvernement fédéral ont eu, implicitement ou explicitement, une grande incidence sur la situation nationale au chapitre de la santé mentale et de la toxicomanie.

L'ambivalence au sujet de la place occupée par les services de santé mentale dans le système national de soins de santé ne date pas d'hier. Le Programme de subventions nationales à la santé de 1948, qui est décrit comme une première étape vers la création d'un vaste régime d'assurance-maladie pour l'ensemble du Canada, prônait l'élargissement des services de

santé, notamment de ceux offerts pour traiter la maladie mentale.⁴⁵⁰ L'un des éléments du programme, en l'occurrence la subvention à la santé mentale, a servi à mettre en œuvre et à étendre les services de santé mentale, à renforcer les établissements de formation professionnelle et technique et à améliorer la qualité et la quantité de personnel. En 1960-1961, dernière année d'existence de la subvention, quelque 53 p. cent des fonds ont été octroyés aux établissements, tandis que 23 p. cent allaient aux cliniques et aux services psychiatriques, 13 p. cent à la formation et 8 p. cent à la recherche.⁴⁵¹

En 1957, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* adoptée par le gouvernement fédéral a toutefois explicitement exclu les hôpitaux psychiatriques, même si sa portée englobait les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Cette exclusion se fondait à l'époque sur l'argument selon lequel les hôpitaux psychiatriques offraient des soins en milieu surveillé et qu'à ce titre, ils n'étaient pas admissibles au programme fédéral de partage des frais, au même titre que les hôpitaux pour tuberculeux, les maisons de repos et les autres établissements de soins longue durée. En 1966, avec la promulgation de la *Loi sur les soins médicaux*, les services médicaux, y compris ceux offerts par des psychiatres, sans égard au lieu, ont toutefois été inclus au nombre des services financés par l'État.⁴⁵²

La *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* accorde à chaque province un « financement de base », c'est-à-dire un paiement de transfert fédéral proportionnel à la taille de sa population et versé en partie en espèces et en partie en points d'impôt. Dans sa définition de « services complémentaires de santé », cette loi inclut les hôpitaux psychiatriques, au même titre que les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.⁴⁵³

En 1984, la *Loi canadienne sur la Santé* a été adoptée afin « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre »⁴⁵⁴. La plupart des dispositions des deux lois antérieures sur l'assurance-hospitalisation ont été regroupées dans la nouvelle loi; mais l'une des différences majeures réside dans la nouvelle définition des services complémentaires de santé, où tous les passages faisant mention des hôpitaux psychiatriques ont été supprimés.

Dans les années 90, le rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé offerts à l'échelle nationale et, par extension, son rôle au chapitre de la santé mentale s'est de nouveau restreint en raison de la réduction de ses paiements de transfert aux provinces et aux territoires. En 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a été

⁴⁵⁰ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Rapport annuel pour l'exercice se terminant le 31 mars 1948*, Ottawa, Imprimeur du Roi, 1948, page 77.

⁴⁵¹ Santé et Bien-être social Canada, *Les services de santé mentale au Canada, 1990*, Gouvernement du Canada, 1990, p. 15.

⁴⁵² *Ibid.*, p. 16.

⁴⁵³ *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, chapitre 10, 1977, article 27, paragraphe 8.

⁴⁵⁴ *Loi canadienne sur la santé, 1984 (Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé)*, chapitre C-6, 1984, article 3.

créé, à la suite de la fusion du Financement des programmes établis (FPE) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Ainsi, il allait dorénavant incomber aux provinces de décider elles-mêmes de la façon de répartir leur financement de base entre les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et les programmes sociaux.⁴⁵⁵

La loi portant création de Santé Canada adoptée en 1996 donnait au ministre de la Santé une orientation générale concernant les questions touchant la santé nationale. De façon plus précise, la *Loi sur le ministère de la Santé* confiait au ministre de la Santé « la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population ».⁴⁵⁶ L'interprétation de cette disposition limitait l'intervention du ministre aux vastes programmes visant à promouvoir et à préserver le bien-être mental et social; à la surveillance des pathologies ou des programmes de santé mentale; à la conduite d'études ou d'enquêtes sur la santé mentale entre autres questions de santé publique et à la collecte de même qu'à la publication de statistiques sur la santé mentale.

Un tournant décisif s'est produit en 1999 avec la conclusion de l'Entente cadre sur l'union sociale et de l'Accord connexe sur la santé dans lesquels le gouvernement fédéral s'engageait à accroître le financement des soins de santé par le biais du TCSPS, à garantir la prévisibilité du financement et à collaborer avec l'ensemble des gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'établir des priorités et des objectifs pancanadiens.⁴⁵⁷ Dès l'an 2000, le Communiqué sur la santé pour la réunion des Premiers ministres renfermait un engagement à favoriser « les services publics, les programmes et les politiques qui, au-delà des soins et des traitements, contribuent de manière essentielle à la santé et au mieux-être de leurs citoyens ».⁴⁵⁸ Dans l'Accord sur la santé de 2003, les premiers ministres ont convenu d'offrir une couverture intégrale et transférable pour un ensemble de services à domicile, des services communautaires de santé mentale devant être accessibles au besoin. Le plan est de pouvoir offrir d'ici 2006 un éventail de services comme la gestion de cas, des services professionnels et des médicaments sur ordonnance.⁴⁵⁹

En plus de soutenir financièrement les services liés à la santé, le gouvernement fédéral a mis en place d'autres programmes pour venir en aide aux personnes atteintes de maladie mentale. Par exemple, en 1961, il a accepté de partager le coût du Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées pour qu'il profite aux handicapés mentaux en âge de travailler. En 1965, le Régime de pensions du Canada (RPC) a commencé à verser des prestations d'invalidité aux personnes atteintes d'un handicap mental grave ou prolongé. En 1966, le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) a offert de verser aux provinces la moitié du coût des services d'aide et de bien-être social à frais partagés destinés

⁴⁵⁵ Le TCSPS a été créé par deux projets de loi budgétaires distincts respectivement déposés en février 1995 et en mars 1996. Son fonctionnement est régi par la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

⁴⁵⁶ *Loi sur le ministère de la Santé*, 1996, chapitre 8.

⁴⁵⁷ [*Un cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens*](#), Entente entre le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, 4 février 1999; et *l'Entente fédérale-provinciale-territoriale en matière de santé*, 4 février 1999.

⁴⁵⁸ [*Communiqué sur la santé pour la réunion des Premiers ministres*](#), 11 septembre 2000.

⁴⁵⁹ Communiqué, Accord des Premiers ministres pour le renouvellement et la viabilité à long terme des soins de santé pour les Canadiens, 23 janvier 2003.

aux personnes handicapées, notamment aux handicapés mentaux.⁴⁶⁰ Le partage des coûts en vertu du RAPC était considéré comme déterminant pour établir localement des services sociaux qui feraient partie intégrante des moyens de soutien offerts dans le domaine de la santé mentale.

À l'heure actuelle, grâce à son Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement social Canada est le centre de liaison au gouvernement fédéral pour les partenaires qui travaillent à promouvoir la pleine participation des Canadiens handicapés aux activités d'apprentissage, au marché du travail et à la vie communautaire. Ses principaux objectifs consistent à favoriser la cohérence entre les politiques et les programmes, à renforcer la capacité du secteur bénévole; à créer des réseaux intégrés et orientés vers l'action, à fournir des connaissances et à faire un travail de sensibilisation. L'Agence du revenu du Canada est au nombre des autres partenaires. En vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, toute personne qui présente un handicap mental ou physique grave et prolongé ou toute personne qui en prend en soin, peut demander un crédit d'impôt pour personnes handicapées.

L'itinérance est un autre domaine où le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de dépenser pour faciliter l'élaboration d'un cadre national. Ainsi, le gouvernement fédéral a lancé en 1999 l'Initiative nationale pour les sans-abri (INSA), qui préconise l'adoption d'une approche communautaire pour réduire et prévenir l'itinérance. L'initiative repose sur l'établissement de partenariats avec tous les ordres de gouvernement, le secteur privé et le secteur bénévole. Son approche multidisciplinaire découle de la conviction que l'itinérance n'a pas une cause unique et que le problème exige une intervention à de multiples niveaux, notamment au chapitre du logement, des perspectives d'emploi, des soins de santé mentale, des programmes de lutte contre la toxicomanie et des services de bien-être social. Elle reconnaît la diversité des besoins des itinérants et la nécessité d'offrir des solutions « adaptées » en fonction de chaque collectivité.⁴⁶¹

Même si le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires un financement à l'appui des services de santé mentale, des programmes sociaux, du soutien du revenu et du logement, le financement des services de santé mentale, les versements journaliers aux fournisseurs de logement de transition et supervisés et l'aide au revenu sont tous de compétence provinciale, territoriale et municipale.

⁴⁶⁰ Pour de plus amples détails sur ces programmes fédéraux, voir le document de William Young, *Les personnes handicapées, profil socio-économique et changements proposés*, Bulletin d'actualité 95-4F, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, 1997.

⁴⁶¹ Gouvernement du Canada, [*Initiative nationale pour les sans-abri*](#).

9.5 ÉVALUATION DU RÔLE DU FÉDÉRAL DANS L'ACTUEL CADRE NATIONAL

9.5.1 La *Loi canadienne sur la santé*

(...) lorsque la Loi canadienne sur la santé a été élaborée, les services de santé mentale offerts par les hôpitaux psychiatriques ont été exclus. Il y est stipulé que seuls les services de santé mentale, nécessaires d'un point de vue médical et offerts par les services des centres hospitaliers et les médecins, seront régis par la loi. Cette omission importante a sévèrement désavantagé ceux qui essaient de fournir des services de santé mentale dans le cadre de services communautaires.

[Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et Services médicaux, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (mémoire au Comité, 28 avril 2004, p. 5.)]

Comme il est mentionné ci-dessus et précédemment, la *Loi canadienne sur la santé* exclut expressément de sa définition d'intégralité les services offerts par les établissements psychiatriques. De nombreux témoins ont affirmé que cette omission renforce l'établissement d'une distinction artificielle entre la santé physique et la santé mentale et contribue à alimenter la stigmatisation et la discrimination associées aux troubles mentaux. Voici, par exemple, ce qu'a dit à ce sujet le D^r Sunil V. Patel, président de l'AMC :

(...) il importe aussi de reconnaître l'effet nocif de l'exclusion de la Loi canadienne sur la santé des hôpitaux ou établissements destinés principalement aux personnes atteintes de troubles mentaux. Autrement dit, comment arriverons-nous à surmonter le stigmate et la discrimination si nous les validons dans la législation fédérale?⁴⁶²

Le D^r Patel a recommandé de modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour inclure les hôpitaux psychiatriques et de rajuster le Transfert canadien en matière de santé pour tenir compte de ces autres services assurés.

Le Comité s'est aussi fait dire que l'exclusion des hôpitaux psychiatriques de la *Loi canadienne sur la santé* complique l'application du principe de transférabilité. Ainsi, parce que les hôpitaux psychiatriques sont explicitement exclus, ils ne sont pas assujettis aux ententes de facturation réciproque entre les provinces. Voici ce qu'a souligné à ce sujet Ray Block, directeur général de l'Alberta Mental Health Board :

En outre, la gestion des cas doit être examinée du point de vue des compétences pangouvernementales dans les cas où les patients d'un

⁴⁶² Dr Sunil V. Patel, président, Association médicale canadienne, mémoire au Comité, 31 mars 2004, p. 3.

*territoire en particulier ont besoin de soins lorsqu'ils se trouvent dans un autre territoire. Des ententes de réciprocité concernant l'accès et le paiement devraient faciliter l'accès à des soins ainsi que l'uniformité et la continuité de ces derniers entre les territoires. Ce point devrait être débattu lors d'une prochaine conférence fédérale/provinciale/territoriale des ministres de la Santé.*⁴⁶³

De plus, de nombreux témoins ont fait valoir que bon nombre de services de santé mentale sont offerts dans les collectivités par des fournisseurs autres que des médecins et ne sont donc pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. C'est le cas particulièrement des services offerts par des psychologues. Voici ce qu'a dit à ce sujet la D^{re} Diane Sacks, présidente de la Société canadienne de pédiatrie :

*(...) à l'heure actuelle, les professionnels qui offrent cette thérapie [thérapie cognitive du comportement] ne sont généralement pas couverts par la plupart des régimes d'assurance-maladie provinciaux. Ce sont des professionnels qualifiés et réglementés qui pourraient, si la société le voulait vraiment, traiter beaucoup de nos enfants et de nos adolescents. (...) Cela dit, il y a des professionnels qui peuvent aider à poser un diagnostic et à traiter ces maladies, mais seulement si vous avez de l'argent – beaucoup d'argent. La liste d'attente pour obtenir un diagnostic de THDA dans le système scolaire public ou dans un centre communautaire de santé mentale, à Toronto, est actuellement de 18 mois, soit l'équivalent de deux années scolaires complètes. Voilà ce qui se passe si vous n'avez pas d'argent. Mais si vous avez 2 000 \$, je peux vous trouver un psychologue qui va vous faire un diagnostic dans une semaine ou deux et qui va, au besoin, établir pour l'école un programme complet afin d'aider votre enfant à réussir. La plupart des régimes d'assurance des employeurs ne couvrent en moyenne que 300 \$ pour les consultations auprès de psychologues. Et la plupart des programmes publics ne couvrent absolument rien.*⁴⁶⁴

Dans son mémoire, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto) affirme que la *Loi canadienne sur la santé* devrait s'appliquer non seulement aux hôpitaux généraux et aux omnipraticiens, mais aussi aux soins à domicile et aux médicaments prescrits en dehors des hôpitaux. De l'avis du Centre, le financement public du coût des médicaments améliorerait de beaucoup la vie de bon nombre de personnes souffrant de maladie mentale, qui ont besoin d'une pharmacothérapie à long terme. Dans leur cas, l'accès aux médicaments est essentiel pour leur permettre de conserver leur emploi, leur logement et leurs autres liens avec la collectivité qui contribuent à leur traitement et à leur guérison.⁴⁶⁵

⁴⁶³ Ray Block, directeur général, Alberta Mental Health Board, mémoire au Comité, 28 avril 2004, p. 7.

⁴⁶⁴ D^{re} Diane Sacks, présidente, Société canadienne de pédiatrie (13:53-54).

⁴⁶⁵ Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto), mémoire au Comité, 27 juin 2003, p. 3.

Bon nombre de témoins appuient le travail déjà entrepris par les premiers ministres afin d'étendre l'accès aux soins à domicile aux personnes atteintes de maladies mentales. Ils soutiennent que tout programme national de soins à domicile devrait s'appliquer aux personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie.

9.5.2 Le financement fédéral

Les transferts fédéraux aux provinces et territoires pour financer les soins de santé sont versés au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Il n'y a jamais eu et il n'y a pas non plus à l'heure actuelle de transfert expressément versé à une province ou à un territoire pour financer les soins de santé mentale et le traitement de la toxicomanie. À l'heure actuelle, aux termes de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, le TCS sert à financer les soins de santé mentale actifs offerts dans la collectivité,⁴⁶⁶ mais aucune proportion précise du transfert n'est expressément réservée à cette fin.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada recommande qu'une partie des paiements de transfert fédéraux au titre des soins de santé serve expressément à financer la prestation de soins de santé mentale. La Société soutient que deux conditions devraient se poser à l'obtention de ce financement : 1) les provinces et les territoires ne devraient pas être autorisés à réduire leurs dépenses au titre des soins de santé mentale; 2) les programmes provinciaux de soins de santé mentale devraient faire l'objet d'évaluations constantes afin de garantir l'optimisation des ressources⁴⁶⁷

D'autres témoins ont proposé au Comité une solution qui consisterait à hausser les recettes perçues pour financer le traitement et la prévention de la toxicomanie. Selon le modèle dit « de garantie comportementale », une partie des fonds prélevés grâce aux activités qui s'appuient sur les comportements associés à une dépendance (tabac, alcool, jeu) pourrait servir à financer les programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie.

La Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario a signalé au Comité que le gouvernement de l'Ontario a adopté un modèle de garantie comportementale en 1999 pour financer un ensemble de services intégrés de lutte contre la dépendance au jeu. Conformément à ce modèle, 2 p. cent des recettes brutes des machines à sous des casinos provinciaux à vocation caritative et des hippodromes sont investis dans le traitement, la prévention et la recherche. En 2002-2003, cette formule a généré environ 36 millions de dollars de recettes, soit un montant suffisant pour financer la mise en œuvre d'une solution globale à cet épineux problème.

Voici ce qu'affirme M. Wayne Skinner, directeur clinique, Programme des troubles concomitants, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto), dans son mémoire :

(...) il importe de reconnaître que plusieurs comportements à caractère toxicomane sont réglementés par l'État qui en tire des revenus

⁴⁶⁶ L'expression « soins de santé mentale actifs offerts dans la collectivité » renvoie aux soins actifs offerts dans la collectivité à des personnes atteintes de maladie mentale qui ont à l'occasion des épisodes de comportement perturbateur en phase aiguë; l'objectif est de prévenir ou de réduire les placements récurrents en établissement.

⁴⁶⁷ Société pour les troubles de l'humeur du Canada, mémoire au Comité, 12 mai 2004, p. 7.

considérables. On pensera au tabac, à l'alcool et, plus récemment, au jeu. On estime que près de la moitié des recettes provenant de la vente d'alcool et des jeux de hasard sont attribuables à 10 p. cent des consommateurs qui dépensent le plus dans ces activités. Ce groupe, qui compose les 10 p. cent en question, est celui qui présente le plus de risques de développer une dépendance. Comme plus de la moitié des recettes perçues provient de ce segment plus vulnérable de la population, le gouvernement devrait envisager d'adopter des stratégies anticipatoires de prévention, de traitement et de recherche en matière de comportement toxicomanogène et de problèmes de comorbidité en santé mentale. De plus il ne fait aucune doute que l'argent investi dans les dépenses sociales visant à prévenir et à traiter les problèmes de toxicomanie et de santé mentale procure un excellent rendement. Il ne serait pas déraisonnable de s'attendre à ce qu'une plus grande part des revenus fiscaux générés par les comportements potentiellement toxicomanogènes soit réinvestie pour venir en aide aux personnes qui en subissent les méfaits.⁴⁶⁸

9.5.3 L'initiative nationale pour les sans-abri (INSA)

Dans son mémoire au Comité, Bill Cameron, directeur général du Secrétariat national pour les sans-abri, souligne que l'intervention de l'INSA en matière de santé mentale est de deux ordres : 1) financement de projets communautaires et 2) programme de partenariat en recherche.⁴⁶⁹

L'organisation « Horizon Housing Society » est un exemple de projet communautaire financé grâce à l'INSA. Elle a fait l'acquisition d'un immeuble à appartements à Calgary afin d'offrir des logements provisoires aux personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, qui sont déjà itinérants ou risquent de le devenir. Le programme de recherche porte sur des questions comme la disponibilité et l'accessibilité des services de santé mentale pour les sans-abri, l'incidence de la maladie mentale chez les sans-abri et le lien de cause à effet entre la désinstitutionalisation et l'itinérance. La recherche financée grâce à l'INSA est aussi menée en partenariat avec les IRSC.⁴⁷⁰

Selon Bill Cameron, bon nombre de services de santé mentale offerts aux itinérants finissent par être dispensés par les salles d'urgence. De plus, les sans-abri sont confrontés à de nombreux obstacles qui rendent difficile l'accès aux soins de santé dont ils ont besoin. Par exemple, un grand nombre d'entre eux n'arrivent pas à obtenir un rendez-vous chez un médecin, et il leur est difficile de recevoir des soins coordonnés parce qu'ils n'ont pas d'adresse, ni d'endroit où il est possible de les joindre. Par ailleurs, de nombreuses femmes itinérantes atteintes de graves maladies mentales ne reçoivent pas les soins nécessaires, apparemment parce que leurs problèmes de santé mentale ne sont pas dépistés et aussi parce

⁴⁶⁸ M. Wayne Skinner, directeur clinique, Programme des troubles concomitants, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto), mémoire au Comité, 2004, p. 6.

⁴⁶⁹ Bill Cameron, directeur général du Secrétariat national pour les sans-abri, mémoire au Comité, 29 avril 2004, p. 1.

⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 1-2.

que les services destinés à répondre aux besoins particuliers des femmes sans abri se font rares.⁴⁷¹

M. Cameron a également fait mention d'autres lacunes importantes dans les services communautaires et l'aide aux sans-abri, notamment en ce qui concerne les logements d'urgence, les logements supervisés et les services de santé mentale offerts dans les collectivités.⁴⁷² Aux dires de M. Cameron, l'accès à un logement supervisé sûr et abordable est de façon générale un élément important de l'aide à offrir aux sans-abri, mais ce soutien n'est peut-être pas suffisant pour les personnes atteintes de maladies mentales ou de toxicomanies graves. Il faut avoir accès à des infrastructures de soutien à long terme, comme des logements et des services d'aide d'urgence ainsi que des logements de transition, pour venir en aide aux sans-abri chroniques. Des mesures préventives sont également nécessaires, par exemple, des logements abordables à l'intention des personnes qui viennent de terminer un séjour dans un établissement psychiatrique et des services de suivi intensifs à court terme pour celles qui viennent de sortir de l'hôpital, d'un refuge ou de prison.⁴⁷³

9.6 BESOIN D'UN PLAN D'ACTION NATIONAL SUR LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LA TOXICOMANIE

Les témoins ont maintes fois insisté auprès du Comité sur la nécessité pour le Canada de se doter d'un plan d'action national sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, comme bien d'autres pays l'ont déjà fait. Par exemple, en 1992, l'Australie a adopté une stratégie nationale en matière de santé mentale afin d'améliorer la vie des personnes atteintes de maladies mentales; la même année, le Royaume-Uni a élaboré un plan d'action dans cinq domaines clés de la santé, dont celui des maladies mentales, où sont énoncés les objectifs à atteindre au chapitre de l'amélioration de la santé des personnes atteintes de maladie mentale et de la réduction du taux de suicide; en 1999, le directeur des services de santé publique américains s'est engagé à améliorer la situation des personnes atteintes de maladie mentale aux États-Unis.⁴⁷⁴

Il n'existe pas de cadre national pour la santé mentale au Canada. Aucun engagement n'existe à l'échelle nationale pour les services de santé mentale.

[Dr James Millar, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, mémoire au Comité, 28 avril 2004, p. 4.]

Le Canada souffre actuellement d'un cruel manque de leadership au chapitre de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie et, de l'avis de bien des témoins et du Comité, cette lacune a créé un immense vide : les tentatives de réforme des soins de santé ne mettent aucunement l'accent sur la maladie mentale et la toxicomanie; il n'y a aucune délimitation claire des rôles et des responsabilités des différents intervenants. Selon Phil Upshall, président de l'Alliance canadienne de la maladie mentale et de la santé mentale (ACMMSM) :

⁴⁷¹ Bill Cameron (2004), p. 2.

⁴⁷² Bill Cameron (2004), p. 3.

⁴⁷³ Bill Cameron (2004), p. 4.

⁴⁷⁴ Voir le deuxième rapport du Comité : *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, pour une description complète des stratégies nationales en matière de santé mentale en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre et aux États-Unis.

Le tableau actuel de la maladie mentale et de la santé mentale au Canada est très sombre, à commencer par le vide flagrant observé sur le plan du leadership. (...) Il n'existe aucune politique et très peu de mécanismes pour s'attaquer aux problèmes de maladie mentale et de santé mentale à l'échelle nationale au Canada. Les rôles et les responsabilités des intervenants gouvernementaux concernés restent vagues. Un des principaux obstacles à l'élaboration d'un plan d'action national semble résider dans la répartition des pouvoirs entre les provinces/territoires et le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des services sociaux. Or, cela ne devrait pas nuire à l'adoption d'une approche cohérente qui permette de répondre de façon équitable aux besoins des Canadiens.⁴⁷⁵

Beaucoup de témoins ont recommandé que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un plan d'action national. L'actuel manque de leadership a, bien sûr, contribué de façon importante à la fragmentation de l'approche adoptée à l'égard de la maladie mentale et de la toxicomanie et à la mise en place de modèles différents d'un territoire de compétence à l'autre, d'où le double emploi et le gaspillage de ressources. Ainsi, le D^r James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et Services médicaux, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, a tenu les propos suivants :

(...) La démarche fragmentaire des provinces, des territoires et des associations qui travaillent de manière isolée entraîne un double emploi et un gaspillage de ressources.

[D^r James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et Services médicaux, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (7:19).]

Au pays, nous n'avons pas une aussi bonne feuille de route. Individuellement, les provinces doivent lutter pour offrir des services appropriés et élaborer différents modèles qui vont de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick à l'Alberta Mental Health Board. Le gouvernement fédéral n'a pas pris les devants pour élaborer une stratégie nationale.⁴⁷⁶

De même, le D^r Sunil V. Patel, président de l'Association médicale canadienne, a affirmé ce qui suit au Comité:

Le Canada est le seul pays du G8 à ne pas avoir de stratégie nationale. Cette lacune a considérablement contribué à la fragmentation des services de santé mentale et au développement de problèmes chroniques, comme les

⁴⁷⁵ Phil Upshall, président, ACMMSM, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 7.

⁴⁷⁶ D^r James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et Services médicaux, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, mémoire au Comité, 28 avril 2004, p. 3.

*longues listes d'attente pour obtenir des services de santé mentale pour enfants (...)*⁴⁷⁷

Il est grand temps de mettre fin à l'absence de leadership national en matière de santé mentale et de toxicomanie. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important dans la collecte de données nationales, dans le soutien de la recherche et dans la diffusion des connaissances de même que dans la sensibilisation des Canadiens aux problèmes de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie. Bon nombre de témoins ont mentionné que le gouvernement fédéral avait un rôle crucial à jouer pour subvenir aux besoins de logements, de revenus et d'emplois des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Il a de plus un rôle direct à jouer dans la prestation de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie à l'intention des Autochtones, des détenus sous responsabilité fédérale, des anciens combattants et des membres des Forces canadiennes, du personnel de la GRC et des fonctionnaires fédéraux.

Même si de nombreux témoins sont favorables à l'exercice d'un leadership national, certains soutiennent que la situation ne pourra progresser que si le gouvernement fédéral travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires. Ainsi, le D^r Pierre Beauséjour, conseiller médical principal, Alberta Mental Health Board, a exprimé l'avis suivant :

Même si nous reconnaissons que l'élaboration d'un plan d'action national sur la santé mentale et la maladie mentale exige un leadership national de la part du gouvernement fédéral, nous sommes d'avis qu'il est absolument essentiel d'en arriver à un consensus sur les objectifs, les normes et les responsabilités applicables à l'échelle nationale en matière de santé mentale et que le leadership exercé par les provinces et par les territoires à en matière de santé mentale est aussi nécessaire que celui du gouvernement fédéral.

*Nous croyons fermement qu'un partenariat axé sur les résultats, une nouvelle définition claire des rôles et des responsabilités et une synergie des efforts entre le gouvernement fédéral ainsi que les provinces et territoires sont nécessaires pour élaborer et mettre en place un cadre stratégique national multipartite en matière de santé mentale.*⁴⁷⁸

Des témoins ont soutenu que le cadre national doit comprendre des normes relatives à la prestation des services pour tous les aspects de la

La maladie mentale et une mauvaise santé mentale sont d'importants facteurs qui contribuent au suicide, à une époque où plus de gens sur la planète meurent du suicide que des guerres et des homicides combinés. En améliorant la santé mentale et en réagissant sans tarder aux cas de maladie mentale, on parviendra à sauver des vies.

[Phil Upshall, président, ACMMMSM, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 3]

⁴⁷⁷ D^r Sunil V. Patel, président, Association médicale canadienne, mémoire au Comité, 31 mars 2004, p. 2.

⁴⁷⁸ D^r Pierre Beauséjour, conseiller médical principal, Alberta Mental Health Board, mémoire au Comité, 2003, p. 1

santé mentale, depuis la prévention, la promotion et la défense de la santé mentale en passant par les services offerts dans la collectivité ainsi que les services aux malades hospitalisés et les services spécialisés. Ce cadre doit couvrir toutes les périodes de la vie et doit veiller à ce que les rôles et les responsabilités soient clairement définis tout au long du continuum des soins. De plus, parce que la plupart des maladies mentales ont des racines dans l'enfance et l'adolescence, il faut accorder une attention particulière à la santé mentale des enfants et des jeunes. C'est là un aspect qui est depuis trop longtemps négligé. Nous devons nous attaquer au problème à la racine avant qu'il n'entraîne de graves séquelles. Outre les enfants et les adolescents, d'autres groupes ont aussi été mentionnés parmi ceux dont la situation exige une intervention immédiate, notamment les Autochtones, les aînés, les détenus sous responsabilité fédérale, les femmes et les immigrants reçus.

La prévention du suicide est un autre aspect prioritaire d'un éventuel plan d'action. Le fait est que le Canada, contrairement à l'Australie, à la Finlande, à la France, aux Pays-Bas, à la Nouvelle-Zélande, à la Norvège, à la Suède, au Royaume-Uni et aux États-Unis, n'a pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Bon nombre de témoins qui ont comparu devant le Comité ont demandé instamment que le gouvernement fédéral travaille de concert avec les provinces/territoires et les intervenants pour élaborer une telle stratégie. Selon le D^r Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rotenberg d'études sur le suicide, dans les pays où il existe une stratégie nationale sur la prévention du suicide, le taux de suicide a baissé de 10 à 20 p. cent.⁴⁷⁹ Par ailleurs, le Centre de prévention du suicide a indiqué au Comité que seulement deux provinces, soit le Nouveau-Brunswick et le Québec, ont adopté une stratégie expressément axée sur la prévention du suicide. Des témoins ont exhorté le gouvernement fédéral à travailler de concert avec les provinces/territoires et les intervenants pour élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide.

Un certain nombre de témoins ont évoqué la possibilité de coordonner la stratégie nationale en matière de santé mentale et la Stratégie nationale antidrogue. Étant donné le taux élevé de troubles concomitants (maladie mentale et toxicomanie), il est crucial d'établir des liens entre les deux. Par exemple, une surveillance nationale de la prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue serait extrêmement utile aux efforts déployés pour planifier les services destinés aux personnes atteintes de troubles concomitants.

Par l'intermédiaire de la Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM), une vingtaine d'ONG représentant les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, leurs familles et les organismes fournisseurs de services sont arrivés à un consensus sur la nécessité d'un plan d'action national sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.⁴⁸⁰ Ce plan d'action national comporte quatre grands volets : éducation et sensibilisation du public; cadre stratégique national; recherche et surveillance :

⁴⁷⁹ D^r Paul Links (11:20).

⁴⁸⁰ Les organismes suivants se sont regroupés pour former l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : la Société canadienne de l'autisme, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne des soins de santé, le Réseau national pour la santé mentale, le Conseil canadien des programmes de psychologie professionnelle, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, le Collège des médecins de famille du Canada, la Fondation

- Des campagnes de sensibilisation du public et de la formation professionnelle dans un vaste éventail de sujets touchant le travail social et la médecine peuvent aider à réduire les stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale, à la toxicomanie et au comportement suicidaire.
- Un cadre stratégique national est nécessaire pour déterminer et mettre en œuvre des pratiques exemplaires (de traitement, de prévention et de promotion) et planifier les ressources humaines (psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers en psychiatrie, spécialistes en toxicomanie, travailleurs sociaux, etc.). Un leadership national est également nécessaire pour élaborer un vaste cadre stratégique et multipartite permettant de garantir un accès équitable à une aide communautaire et professionnelle d'un bout à l'autre du pays.
- Le gouvernement fédéral est le mieux placé pour établir et soutenir un programme national de recherche en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie. Les priorités de la recherche doivent être définies, le financement de la recherche doit être accru et la collecte de fonds par le secteur bénévole doit être renforcée.
- Un système national de surveillance doit être mis en œuvre pour surveiller de près et évaluer l'incidence et la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie (ainsi que du comportement suicidaire). Les données recueillies à l'échelle nationale pourraient aussi servir à rendre compte de l'efficacité avec laquelle le système répond aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie.⁴⁸¹

Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie ne peut être élaboré qu'avec la collaboration du gouvernement fédéral, des provinces et territoires, des ONG et des autres intervenants, notamment les malades eux-mêmes. Dans ce contexte, voici la position exprimée par la Société canadienne de schizophrénie :

Tous les niveaux de gouvernement devront participer, de concert avec les organismes non gouvernementaux, pour créer un plan d'action national et en faciliter la mise en œuvre (...). Les autorités en place, comme les hôpitaux, les associations professionnelles et les organismes bénévoles qui ont servi de solution de fortune dans le système actuel, sont prêtes à être parties prenantes aux solutions retenues par le Canada en matière de soins de santé mentale. Le plus gros défi des gouvernements réside dans la coordination d'un système gouvernemental à niveaux multiples, qui au départ n'a pas été créé pour travailler de concert et intégrer des organismes non gouvernementaux comme partenaires à part entière. Seul un effort concerté dans ces secteurs permettra au Canada d'effectuer un

canadienne de recherche en psychiatrie, l'Association canadienne pour la prévention du suicide, l'Association canadienne des ergothérapeutes, la Société canadienne de schizophrénie, l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société canadienne de pédiatrie, l'Association canadienne des travailleurs sociaux, l'Association des psychiatres du Canada, la Société canadienne de psychologie et la Native Mental Health Association of Canada.

⁴⁸¹ Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, [*A Call for Action: Building Consensus for a National Action Plan on Mental Illness and Mental Health*](#), document de travail, septembre 2000.

virage dans le domaine des soins de santé mentale, qui permettra de traiter et de soutenir efficacement les personnes atteintes de maladie mentale et leurs familles et de réduire le fardeau imposé aux particuliers, aux familles et à la société [en raison des troubles mentaux].⁴⁸²

Comme l'a souligné Phil Upshall, président de l'ACMMSM, il faut prendre des mesures dès maintenant :

*L'heure est à l'action (...) Quinze ans se sont écoulés maintenant depuis la publication du document de discussion du gouvernement fédéral intitulé *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre, dans lequel la vision nationale de promotion de la santé axée sur « la santé pour tous » est liée à la santé mentale. D'autres rapports importants de même que de nombreux documents de discussion et documents sur les politiques provinciales et régionales ont recommandé des changements importants pour améliorer les services et les programmes à l'intention des personnes atteintes de maladie mentale grave, et proposé des mesures concernant les services de santé mentale pour enfants, la prévention du suicide, les peuples autochtones, les contrevenants et la population carcérale. La poussière continue de s'accumuler sur ces rapports et les Canadiens continuent d'attendre, puisque peu des recommandations et des idées énoncées dans ces documents ont été mises en œuvre.*⁴⁸³*

Dans l'ensemble, les témoins ont réclamé un engagement de la part de tous les ordres de gouvernement à agir et à travailler de concert à l'élaboration d'objectifs communs et à la création d'un cadre national intégré et cohérent sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. L'un des aspects qui semble avoir échappé au gouvernement fédéral à cet égard, c'est qu'il a la responsabilité directe de plus d'un million de Canadiens, dont certains sont aux prises avec de graves problèmes de santé mentale.

9.7 UNE APPROCHE BASÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le réseau de soins de santé doit non seulement traiter la maladie mentale (...) mais le Canada doit prendre des mesures proactives reposant sur les grands déterminants de la santé afin de protéger et de préserver la santé mentale de toute sa population, y compris des personnes qui vivent avec la maladie mentale. Améliorer les conditions sociales qui, nous le savons, sont nécessaires au maintien d'un bon état général de santé mentale (p.ex., environnement social et matériel sain, solides capacités d'adaptation et services de

⁴⁸² Société canadienne de schizophrénie, mémoire au Comité, 2004, p. 3.

⁴⁸³ Phil Upshall, président, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, mémoire au Comité, 18 juillet 2003, p. 7.

santé), est un élément essentiel pour influencer positivement sur la santé mentale des malades et contribuer à leur rétablissement.

[Association canadienne pour la santé mentale, mémoire au Comité, juin 2003, p. 3]

La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie sont fortement influencées par une grande variété de facteurs, notamment la biologie et la génétique, le revenu et la réussite scolaire, l'emploi, l'environnement social, etc. Cette réalité fait clairement ressortir la nécessité d'adopter à l'égard de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie une approche axée sur la santé de la population, dont la portée dépasse les soins de santé proprement dits.

Le Comité s'est fait dire à maintes reprises qu'il est difficile de traiter et de guérir un malade, lorsque les besoins fondamentaux au chapitre du logement, du revenu et de l'emploi ne sont pas satisfaits. Bien des témoins ont souligné qu'il serait sage que le gouvernement prenne des mesures pour répondre à ces besoins, puisqu'il a été démontré que l'accès à un logement, à un revenu et à un emploi améliore l'état clinique, réduit le nombre d'hospitalisations et permet aux personnes atteintes de maladie mentale de rester dans leur foyer et dans leur collectivité. C'est aussi une condition primordiale pour pouvoir participer à la société et jouir de ses droits de citoyen sans être victime de stigmatisation et de discrimination.

Le logement a été largement reconnu comme étant un aspect prioritaire de toute politique sur la santé mentale, tant au niveau fédéral que provincial. Ce qu'il faut maintenant, c'est une intervention de la part des deux ordres de gouvernement pour mettre en œuvre de nouveaux programmes de logements et de logements supervisés, puisque la politique et les études actuelles ont clairement démontré qu'il est possible à divers groupes de personnes souffrant de troubles mentaux de tenir un logement si elles disposent d'un soutien suffisant. L'accès à un logement et à un soutien convenables peut remplacer le recours à une hospitalisation à long terme et ainsi réduire la dépendance de la société et des principaux intéressés à l'égard des coûteuses places à l'hôpital et en établissement.

L'accès à un revenu suffisant et à un emploi est un autre déterminant clé de la santé qui doit être prioritaire dans toute stratégie sur la santé mentale. Bien des personnes atteintes de maladie mentale doivent, à un moment ou à un autre, dépendre des programmes gouvernementaux de soutien du revenu, qui sont leur seule source de revenu et grâce auxquels elles peuvent se procurer leurs médicaments sans frais. Malheureusement, bon nombre de ces programmes offrent de trop maigres prestations, ne sont pas réalistes dans leur évaluation du coût de la vie, créent des obstacles à l'emploi et ne sont pas suffisamment souples pour répondre à la nature épisodique de la maladie mentale. De plus, l'incapacité est souvent définie de façon trop restrictive, d'où l'impossibilité pour bien des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie de se prévaloir de ces programmes. En Ontario, par exemple, les programmes provinciaux de soutien du revenu excluent purement et simplement les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie de la définition d'incapacité. Ces obstacles systémiques dans les programmes gouvernementaux de soutien du revenu doivent être levés de façon que les personnes atteintes de maladie mentale ou de

toxicomanie puissent avoir accès à un soutien de base qui les aidera à recouvrer la santé et à rester en santé.

Le soutien à l'emploi est aussi un domaine clé où les gouvernements peuvent faire davantage. Les personnes aux prises avec divers problèmes de santé mentale sont capables d'occuper un emploi, si elles ont accès à des moyens de soutien adaptés qui tiennent compte de l'évolution de leurs besoins tout au long de leur traitement et de leur processus de guérison. Il y a aussi lieu de mettre davantage l'accent sur l'adoption de mesures pour vraiment adapter le milieu de travail aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale. Il convient par ailleurs d'inciter les établissements d'enseignement et les autres milieux d'apprentissage à être mieux à l'écoute des besoins des personnes atteintes de maladie mentale de façon à leur faciliter l'accès aux programmes d'acquisition de compétences, de formation et d'études.

9.8 OBSERVATIONS DU COMITÉ

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral n'a aucun cadre général en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, que ce soit à l'échelle fédérale ou nationale. Si plusieurs témoins ont insisté sur le fait que le Canada est le seul pays parmi ses homologues du G8 à ne pas avoir de politique nationale sur la santé mentale qui transcende les limites des différentes sphères de compétence, d'autres ont souligné l'absence d'un cadre intégré, même au niveau fédéral, où le gouvernement doit offrir des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie à des groupes précis.

L'absence de cadre *fédéral* tient peut-être principalement au fait qu'il n'y a pas assez de collaboration, de coopération et de communication entre les différents ministères fédéraux dont les mandats sont connexes ou se chevauchent. Toutefois, elle est peut-être aussi attribuable à la difficulté d'essayer de concilier les multiples besoins de groupes très diversifiés. Quelle que soit la raison, le Comité croit que malgré sa responsabilité directe à l'égard des besoins de groupes précis de la population canadienne en matière de santé mentale, le gouvernement fédéral ne s'est pas assez efforcé de coordonner ses initiatives à l'échelle nationale. Dans ces domaines, le gouvernement fédéral a à la fois le droit et l'obligation d'agir et peut le faire sans négociation intensive (ou même sans négociation du tout) avec d'autres instances.

De même, l'absence d'un cadre *national* global peut être attribuable dans une certaine mesure à l'absence de différenciation claire des responsabilités dans les domaines où les provinces et territoires ont préséance. En général, la *Loi constitutionnelle de 1867* confère aux provinces le pouvoir de légiférer dans les domaines des soins de santé, de l'éducation, des prisons provinciales et de l'administration des tribunaux, tandis qu'elle confère au Parlement du Canada le pouvoir de légiférer en matière de droit criminel et de procédure, ainsi qu'à l'égard de la gestion des pénitenciers. En plus du pouvoir qui lui est conféré en matière de droit criminel, le gouvernement fédéral dispose de deux autres pouvoirs constitutionnels dont il peut se prévaloir lorsqu'il intervient au niveau national : son pouvoir de dépenser et sa capacité d'adopter des lois pour assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement au Canada.

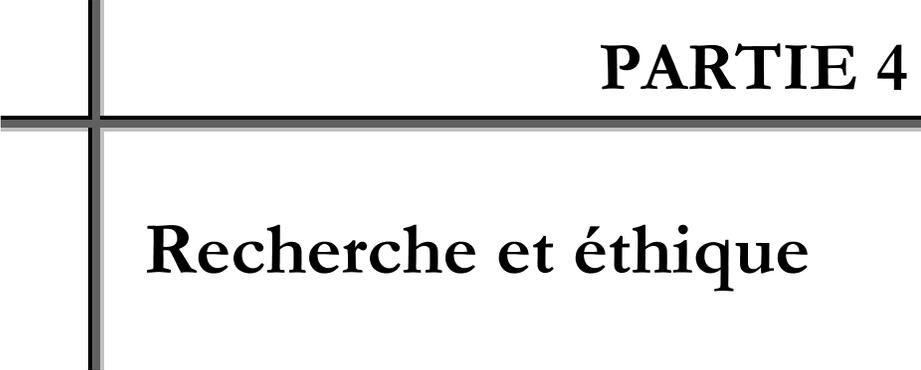
Tant du point de vue fédéral que national, il est évident que le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie ne se limite pas

aux activités de Santé Canada. Les politiques, programmes et services connexes relèvent davantage de la sphère sociale et de la justice, plutôt que du secteur traditionnel des soins de santé. D'autres ministères fédéraux, comme Développement des ressources humaines Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada, Anciens combattants Canada, Services correctionnels Canada et Justice Canada, sont au nombre de ceux qui participent activement aux initiatives fédérales et nationales. En ce qui concerne le milieu de travail, le Conseil du Trésor, en sa qualité d'employeur des fonctionnaires, a un rôle important à jouer pour aider ses employés atteints de maladie mentale ou de toxicomanie.

L'examen des activités du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux groupes précis sous sa responsabilité ne permet guère de conclure à l'existence de stratégies ciblées sur des groupes précis, encore moins d'une vaste stratégie fédérale de portée universelle. Aucun effort apparent n'est actuellement déployé pour élaborer un cadre fédéral global et coordonné avec la collaboration de l'ensemble des ministères ou organismes concernés. Dans la plupart des cas, il existe peu d'indices de l'existence d'une stratégie réfléchie et inclusive visant à répondre aux besoins de l'un ou l'autre des groupes relevant de la responsabilité fédérale en matière de santé mentale. Les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie de même que les efforts déployés en vue de promouvoir la santé mentale et de prévenir la maladie mentale demeurent très fragmentés et relèvent de plusieurs ministères et services ministériels distincts. Une plus grande collaboration permettrait d'en arriver à une approche mieux intégrée à l'égard de la santé mentale. Ce serait là un pas important vers l'adoption d'une politique axée sur la santé de la population.

Le Comité partage aussi l'avis de certains témoins selon lesquels il y a lieu de resserrer les liens entre les gouvernements fédéral et provinciaux de même qu'entre les différents systèmes qui se chevauchent – soins de santé, santé mentale, toxicomanie, justice, soutien social, etc.

Enfin, il serait également important que le gouvernement fédéral prêche par l'exemple. S'il doit jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un véritable plan d'action national sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, il doit aussi démontrer qu'il a la volonté et la capacité d'offrir des services de santé mentale aux groupes dont il a la responsabilité directe. De façon claire, il est temps de remédier à l'ambivalence démontrée au fil des ans par le gouvernement fédéral au sujet de l'importance accordée à la santé mentale dans ses politiques et ses programmes.



PARTIE 4

Recherche et éthique

CHAPITRE 10: LA RECHERCHE DANS LES DOMAINES DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE AU CANADA

Nous croyons que la recherche constitue notre principale arme pour mieux comprendre les maladies mentales dévastatrices, améliorer les traitements et finir par trouver une cure.

[Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie, Today, bulletin, vol. 3, n° 1, printemps 2003.]

INTRODUCTION

Au Canada, le gouvernement fédéral est le principal commanditaire de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, tandis que ce sont surtout des chercheurs universitaires qui effectuent cette recherche dans des instituts de recherche et des hôpitaux universitaires. Les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par l'entremise de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), sont le principal organisme de financement fédéral pour la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Comme pour toute la recherche sur la santé financée par les IRSC, la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie porte sur tout le spectre des activités allant de la recherche biomédicale à la recherche clinique, en passant par la recherche sur les services de santé et la recherche sur la santé de la population :

- La recherche biomédicale concerne les organismes biologiques, les organes et les systèmes d'organes. Ce type de recherche pourrait porter, par exemple, sur le niveau de sérotonine (substance chimique du cerveau) chez les patients qui souffrent de troubles alimentaires comme la boulimie nerveuse.
- La recherche clinique consiste à étudier des personnes saines ou malades. Citons, à titre d'exemple, les essais cliniques conduits sur des humains pour déterminer la toxicité et l'efficacité d'un nouveau traitement de la schizophrénie qui a produit des résultats prometteurs lors de recherches biomédicales fondamentales, et ensuite pour comparer un nouveau médicament avec d'autres quant aux bienfaits réels pour les patients.
- La recherche sur les services de santé englobe la prestation, l'administration, l'organisation et le financement des soins de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Mentionnons, par exemple, la recherche de mécanismes pour traiter les patients qui ont un trouble bipolaire à partir des moyens de diagnostic, pendant le traitement à l'hôpital, en tant que patients externes, ou à la maison, puis pour assurer leur suivi à long terme par l'hôpital et dans le cadre de communautaires.

- La recherche sur la santé de la population est centrée sur l'étendue des facteurs qui influencent l'état de santé (conditions socio-économiques, sexe, culture, alphabétisation, génétique, etc.). Mentionnons, par exemple, une étude qui, grâce à une importante base de données contenant des informations personnelles sur la santé obtenues de plusieurs sources, doit permettre de déterminer si l'incidence du trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité sont associés à l'environnement et à d'autres facteurs.

Le présent chapitre donne un aperçu de l'état de la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada. La section 10.1 résume le rôle et le mandat des IRSC et de l'INSMT et décrit quelques problèmes soulevés par les témoins. La section 10.2 fournit des renseignements sur le financement fédéral de la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie et pose la question de savoir si le financement devrait refléter le fardeau de la maladie. La section 10.3 examine brièvement les autres sources de financement de la recherche dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie. La section 10.4 traite des questions relatives à l'application des connaissances acquises grâce à la recherche à des services et des moyens de soutien concrets dispensés aux personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. La section 10.5 porte sur la nécessité d'un plan d'action national pour la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. La section 10.6 présente les observations du Comité.

10.1 IRSC ET INSMT

Au Canada, on a constaté une nette amélioration depuis trois ans à la suite de la fondation des Instituts de recherche en santé du Canada et du financement de la recherche, surtout en ce qui concerne la santé mentale. Cependant, il y a encore beaucoup d'améliorations à apporter.

[Michel Tousignant, professeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal (14:41)]

Dans le cadre de son engagement à devenir l'une des cinq meilleures nations au monde dans le domaine de la recherche, le gouvernement du Canada a créé en 2000 les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), organismes gouvernementaux autonomes qui relèvent du ministre fédéral de la Santé.

Les IRSC appliquent une démarche novatrice, multidisciplinaire et fondée sur les problèmes à l'égard de la recherche en santé. Cette démarche polyvalente comprend tous les types de recherche (biomédicale, clinique, services de santé, santé de la population) sur les mécanismes, le traitement et la prévention des maladies ainsi que sur la promotion de la santé. La plupart des recherches que subventionnent les IRSC sont entreprises par des chercheurs (70 p. 100); tandis que 30 p. 100 des fonds sont réservés aux initiatives stratégiques pour réagir aux problèmes de santé et exploiter les possibilités scientifiques hautement prioritaires aux yeux des Canadiens.

L'approche des IRSC à l'égard de la recherche est facilitée par leur structure, qui unit des chercheurs provenant de diverses disciplines et qui transcende les frontières géographiques grâce à leurs 13 instituts s'occupant chacun d'un domaine de recherche particulier. L'un d'entre eux est l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT).⁴⁸⁴

La création de l'INSMT a établi le premier lieu de convergence de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. L'INSMT appuie la recherche dont l'objet est d'améliorer la santé mentale et neurologique, la vision, l'audition et le fonctionnement cognitif, et à réduire l'incidence d'autres troubles connexes par le truchement de stratégies de prévention, de techniques de dépistage et de diagnostic, de traitements, de systèmes de soutien et de soins palliatifs. Comme le montre le tableau 10.1, l'INSMT effectue des recherches dans un grand nombre de domaines.

Le plan stratégique de l'INSMT pour 2001-2005 établissait cinq priorités :

1. Promouvoir l'innovation et créer des capacités d'innovation dans la recherche en neurosciences, en santé mentale et en toxicomanie, de manière à renforcer le milieu de la recherche en santé au Canada dans ces domaines et à améliorer sa position concurrentielle sur la scène internationale. Les champs d'intérêt comprennent la formation, les initiatives stratégiques, la recherche dans de nouveaux domaines et la recherche en bioéthique.
2. Créer et maintenir des partenariats de collaboration avec les organismes de santé gouvernementaux, non gouvernementaux et bénévoles, ainsi que les sociétés pharmaceutiques et de biotechnologie, qui aideront l'Institut à partager, mettre en valeur, obtenir ou augmenter les ressources requises pour remplir son mandat.
3. Promouvoir la création de liens et les échanges entre la communauté scientifique, les instances décisionnaires municipales, provinciales et nationales ainsi que les utilisateurs des résultats de recherche, comprenant les organisations non gouvernementales et bénévoles, au moyen d'efforts structurés axés sur la transmission des connaissances (voir la section ci-dessous).
4. Établir la présence des INSMT sur la scène internationale par des initiatives de recherche, de formation et de financement menées conjointement avec des organismes scientifiques et de financement de la recherche d'autres pays.
5. Établir une structure organisationnelle et opérationnelle qui permettra à l'INSMT d'atteindre ses objectifs.⁴⁸⁵

⁴⁸⁴ Les trois premiers paragraphes de cette section s'inspirent de renseignements affichés sur le site des IRSC, à la rubrique « À propos des IRSC – Qui nous sommes » (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/7263.html>).

⁴⁸⁵ Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, *Plan stratégique – 2001-2005*, décembre 2001.

TABLEAU 10.1

DOMAINES DE RECHERCHE APPUYÉS PAR L'INSMT

- Politiques et stratégies de promotion des santés mentale et neurologique
- Politiques et stratégies de prévention de l'accoutumance
- Déterminants pour la santé - afin d'expliquer les facteurs multidimensionnels qui affectent la santé des populations et conduisent à une prévalence différentielle des soucis de santé
- Identification des avantages sanitaires et des facteurs de risque pour la santé reliés à l'interaction avec les environnements (culturel, social, psychologique, comportemental, physique, génétique)
- Stratégies de prévention de la maladie, des blessures et de l'invalidité aux niveaux de la personne et de la population
- Prévention, traitement et réadaptation des blessures à la tête
- Accoutumance, santé mentale et dysfonction du système nerveux affectant la sensation, la cognition, les émotions, le comportement, le mouvement, la communication et le fonctionnement autonome
- Recherche clinique et recherche sur les résultats des traitements en ce qui a trait aux technologies et méthodes de diagnostic; thérapies; modèles de traitement, soins et réadaptation (à long et court terme)
- Comorbidité des conditions et impacts sur la prévention, le diagnostic, le traitement, les soins et la réadaptation
- Conception et mise en oeuvre de la prestation des services de santé : de la prévention, au dépistage, au diagnostic, à l'intervention ou au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs
- Développement et mise en oeuvre des technologies et outils en matière de santé (p. ex. : technologies d'imagerie, de bioingénierie et d'administration des médicaments)
- Développement, régulation, fonction et dysfonction des systèmes nerveux central, périphérique et autonome
- Psychologie humaine, cognition et comportement; sommeil et biologie circadienne; douleur
- Questions d'éthique reliées à la recherche, aux stratégies de soins et à l'accès aux soins (p. ex. : consentement éclairé; hospitalisation; accoutumance, santé mentale et système judiciaire)

Source : Site Internet des IRSC (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/9591.html>)

Les témoins et les chercheurs appuient largement la nouvelle approche des IRSC en ce qui a trait à la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Ils ont également très confiance dans l'équité et la rigueur du mécanisme d'examen par les pairs établi par les IRSC. Par exemple, dans leur mémoire au Comité, les

D^{rs} Shitij Kapur et Franco Vaccarino, du Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto), ont déclaré :

[...] le rôle des Instituts est reconnu et apprécié en recherche [sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie]. La rigueur et la transparence des évaluations et des concours des ICRS sont bien appréciées et considérées comme un mécanisme indispensable dans ce spectre de la recherche où le « chercheur décide de son sujet.⁴⁸⁶

Les témoins ont qualifié l'approche multidisciplinaire des IRSC d'étape positive pour la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Par exemple, le D^r Alan Bernstein, président de l'IRSC, a fait observer ce qui suit :

Le secteur canadien des neurosciences est exceptionnellement fort et reconnu au niveau international. En créant un institut unique voué aux neurosciences, à la santé mentale et aux toxicomanies, nous avons explicitement adopté une démarche intégrée qui contribue à mettre en contact des neuroscientifiques travaillant en laboratoire, des psychologues, des spécialistes des sciences sociales et des chercheurs des services de santé qui se concentrent sur la santé mentale et les toxicomanies.⁴⁸⁷

Le D^r Rémi Quirion, directeur scientifique de l'INSMT, a lui aussi insisté sur l'excellence de la recherche en santé mentale et en maladie mentale au Canada, mais il a ajouté que la capacité de recherche est problématique dans le domaine de la toxicomanie :

Le Canada est l'une des forces en recherche en neurosciences à travers le monde. On est classé deuxième ou troisième à travers le monde pour l'impact de nos découvertes en neurosciences. On a donc une bonne capacité. On est assez fort aussi en santé mentale. Il faut reconstruire du côté toxicomanies: nous avons perdu plusieurs de nos grands chercheurs dans les années 1990.⁴⁸⁸

De plus, la plupart des témoins se sont réjouis de l'ajout de la recherche sur la santé de la population et de la recherche sur les services de santé dans le mandat des IRSC. Ils ont expliqué que cette nouvelle orientation contraste avec l'importance primordiale de la recherche biomédicale chez le prédécesseur des IRSC, le Conseil de recherche médicale. Le Comité a cependant appris que la recherche sur la santé de la population et la recherche sur les services de santé continuent de présenter une relative faiblesse dans la perspective de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Dans leur étude, les D^{rs} Kapur et

⁴⁸⁶ Shitij Kapur et Franco Vaccarino, Des découvertes aux soins : Favoriser la recherche sur la maladie mentale et les toxicomanies, document commandé par le Comité, 2004, p. 5.

⁴⁸⁷ D^r Alan Bernstein, lettre au Comité, datée du 8 juillet 2003.

⁴⁸⁸ D^r Rémi Quirion (14:9).

Vaccarino soutiennent qu'il est important de corriger la situation, étant donné les effets des grands facteurs déterminants de la santé sur la maladie mentale et la toxicomanie.⁴⁸⁹

En ce qui concerne la recherche sur les services de santé, un examen documentaire nous a révélé qu'il reste encore beaucoup à apprendre au Canada relativement aux pratiques exemplaires de soins et de services offerts aux personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, que ce soit dans les domaines des soins en clinique interne ou externe, de l'intervention et des services d'urgence, de l'aide en matière de logement, de l'emploi ou de l'autonomie.⁴⁹⁰ Les auteurs de cette étude ont indiqué que, dans le cas des interventions où l'on possède le plus de données sur l'efficacité, il y a toujours un besoin

pressant d'information détaillée sur ce qui fonctionne et pour qui. Lorsque les données sur l'efficacité sont moins claires, il faut adopter des démarches novatrices pour évaluer l'efficacité d'interventions particulières là où les essais traditionnels contrôlés sur échantillons aléatoires sont impossibles à réaliser ou inadéquats. Il est essentiel de cerner les pratiques exemplaires afin qu'elles guident les décisions sur les bénéficiaires des ressources de traitement et sur le lieu des interventions, sur les types de traitements qui devraient être offerts et sur la manière de s'assurer que les soins répondent aux besoins des patients ou des clients.

La recherche doit alimenter la prestation de services de santé mentale. Nous devons savoir ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas. Nous devons prendre des décisions éclairées. Nous devons également convertir le savoir issu de la recherche en actions concrètes.

[Dr James Millar, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, mémoire, 28 avril 2004, p. 11.]

Même si de nombreux témoins ont louangé l'approche canadienne unique en son genre pour encourager la collaboration entre les chercheurs et entre les chercheurs et d'autres organisations, certains se sont plaints des lourdes restrictions et des obstacles importants qui nuisent à la validité et à la qualité de la recherche et qui accaparent trop les chercheurs. Par exemple, Michel Tousignant, professeur au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie de l'Université du Québec à Montréal, a indiqué au Comité que les chercheurs peuvent passer des mois, voire jusqu'à un an, pour satisfaire à tous les critères de l'INSMT/IRSC, avant de commencer un projet de recherche. Il a expliqué qu'il peut y avoir jusqu'à trois comités d'éthique : dans les universités, les centres de recherche et les hôpitaux, pour examiner une proposition. Bien que les comités d'éthique existent pour protéger les intérêts de chacun, le professeur Tousignant a fait remarquer qu'ils allouent peu de temps à la consultation des chercheurs, qui doivent également remettre des protocoles à la Commission d'accès à l'information, ce qui retarde encore plus le début du projet de recherche et alourdit davantage le fardeau bureaucratique pour les chercheurs.⁴⁹¹

⁴⁸⁹ Kapur et Vaccarino (2004), p. 5.

⁴⁹⁰ Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Document de discussion*, préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Santé Canada, 1997, p. 28.

⁴⁹¹ Professeur Michel Tousignant (14:43).

10.2 FINANCEMENT FÉDÉRAL DE LA RECHERCHE DANS LES DOMAINES DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA MALADIE MANTALE ET DE LA TOXICOMANIE

... Le financement actuel de la recherche en maladie mentale et en toxicomanie est insuffisant au Canada. En termes relatifs comme absolus, cette recherche est sous-financée. Si on ajoute à ce sous-financement systémique l'impact de l'ostracisme, les limites des levées de fonds publiques des ONG dans ce domaine ainsi que le manque d'incitatifs commerciaux pour beaucoup de ces activités, le sous-financement devient encore plus criant. Comme ces contraintes sont difficiles à infléchir, il est d'autant plus essentiel que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership en garantissant un financement juste à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie.

[Dr Shitij Kapur et Dr Franco Vaccarino, Centre de toxicomanie et de santé mentale (2004)]

10.2.1 L'ampleur du financement fédéral

Principale source de financement de la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie au Canada, les IRSC ont versé 93 millions de dollars à l'INSMT à même leur budget de base de 623 millions de dollars pour l'exercice 2003-2004. Environ 33 millions de dollars du budget de l'INSMT est affecté à la recherche sur la santé mentale et les toxicomanies, soit 5,3 p. 100 de l'enveloppe globale du financement de la recherche sur la santé par les IRSC. Les 60 autres millions sont consacrés à la recherche fondamentale en neurosciences, dont une partie, comme d'autres recherches sur la santé, peut également contribuer à une meilleure compréhension de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Le Dr Bernstein a indiqué que l'INSMT obtient actuellement la plus grosse part du financement des IRSC. Viennent ensuite l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire (64 millions de dollars) et l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (52 millions de dollars).⁴⁹²

De concert avec l'Institut de la santé des Autochtones, l'INSMT a créé le Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones (RNRSMA) au printemps de 2003, doté d'un budget de 170 000 \$ par année pendant quatre ans. Le mandat du Réseau consiste à mener des recherches en partenariat avec les collectivités autochtones et les chercheurs universitaires afin de former de nouveaux chercheurs et de développer les capacités de recherche nécessaires pour s'attaquer aux préoccupations et aux besoins particuliers des Autochtones.

En plus des IRSC, le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) constitue une autre source fédérale de financement de la recherche dans les domaines de la santé mentale,

⁴⁹² Dr Bernstein (8 juillet 2003).

de la maladie mentale et de la toxicomanie. Ainsi, le CRSH appuie la recherche dans le domaine général de la psychologie sociale. Environ 1,5 p. 100 (quelque 2,5 millions de dollars) de son budget de base de 167,5 millions de dollars a été consacré à la recherche sur la santé mentale en 2002-2003.⁴⁹³

Le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) est le troisième et dernier organisme fédéral de financement de la recherche sur la santé. La psychologie clinique n'est pas admissible aux subventions du CRSNG et la recherche sur le cerveau ne constitue pas non plus une priorité. Mais le CRSNG peut envisager d'appuyer des projets relatifs aux processus psychologiques fondamentaux, à leurs mécanismes neuronaux sous-jacents, au développement individuel et au contexte évolutif et écologique. Le financement de la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie est regroupé dans la catégorie « psychologie », à la rubrique « cerveau, comportement et science cognitive ». En 2003, 113 projets ont été financés dans cette catégorie et ont reçu environ 3,25 millions de dollars,⁴⁹⁴ soit 0,5 p. 100 du budget des bourses et des subventions du CRSNG, qui s'est établi à un peu plus de 600 millions de dollars.

D'autres sources de financement fédéral de la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie pourraient comprendre Statistique Canada, la Stratégie canadienne antidrogue (qui finance le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies), Santé Canada, Services correctionnels Canada (Centre de recherche en toxicomanie), et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le Comité n'a pas obtenu d'information sur l'ampleur du financement fourni par ces sources.

10.2.2 Combien le gouvernement fédéral devrait-il dépenser?

Plusieurs témoins jugeaient insuffisant le pourcentage du financement de la recherche accordé à la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Dans leur rapport, les D^{rs} Kapur et Vaccarino font remarquer qu'il n'existe pas de lignes directrices au Canada (ni ailleurs, à vrai dire) sur ce que devrait être l'enveloppe totale de la recherche sur la santé ni de quelle façon le financement de cette recherche devrait être réparti entre les domaines et disciplines. En l'absence de tels repères, ils proposent deux approches : on peut considérer le financement en fonction du fardeau relatif de la maladie, et on peut examiner également le mode de financement d'autres pays aux prises avec les mêmes problèmes.⁴⁹⁵

Je tiens à souligner que la recherche sur la santé mentale et les maladies mentales est sous financée au Canada compte tenu des coûts que ces maladies entraînent pour la société.

[D^r Rémi Quirion, INSMT (14:8)]

Comme nous l'avons vu aux chapitres 5 et 6, la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada est élevée et le fardeau économique est énorme. On compte presque autant de Canadiens aux prises avec la dépression que de Canadiens ayant une maladie

⁴⁹³ Information obtenue par communication personnelle.

⁴⁹⁴ Information tirée du site Internet à : www.crsng.gc.ca.

⁴⁹⁵ Kapur et Vaccarino (2004), p. 3.

cardiovasculaire. De nombreux témoins ont fait valoir que les effets de la maladie mentale et de la toxicomanie sur la société sont aussi importants que ceux de n'importe quelle autre catégorie de maladies ou de troubles et que ce fardeau devrait se refléter directement dans le financement de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Une étude de la Société canadienne de l'autisme a classé 14 maladies en fonction de leur taux de prévalence et des subventions de recherche des IRSC par personne affectée. Le sida, qui frappe 1 Canadien sur 500, est l'un des secteurs de recherche les mieux subventionnés, car il reçoit des IRSC plus de 1 500 \$ par personne affectée. Les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), qui affectent 1 Canadien sur 17, arrivent bons derniers avec 0,09 \$ par personne affectée. La schizophrénie, probablement la maladie mentale la plus débiliteuse qui soit, arrive au 7^e rang; elle affecte 1 Canadien sur 100 et obtient des IRSC environ 84 \$ par personne touchée. L'autisme, avec un taux de prévalence de 1 sur 200, arrive au 8^e et le financement des IRSC représente s'établit à 67,10 \$ par patient/client.⁴⁹⁶

Dans une lettre au Comité, le D^r Alan Bernstein, président des IRSC, estime que, si le financement était proportionnel au fardeau que représente la maladie, les IRSC devraient consacrer au moins 80 millions de dollars par année à la recherche sur les maladies mentales et la toxicomanie. À cette aune, force est de constater que les dépenses actuelles des IRSC d'environ 33 millions de dollars sont très faibles. Le D^r Bernstein a néanmoins soutenu que la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie obtient un pourcentage approprié du budget des IRSC,⁴⁹⁷ étant donné qu'il faut tenir compte de nombreux facteurs, notamment de la capacité des chercheurs d'utiliser de manière optimale les subventions de recherche.

La deuxième approche proposée par les D^{rs} Kapur et Vaccarino consiste à comparer le rendement du financement fédéral de la recherche en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie avec celui d'autres pays industrialisés. Les National Institutes of Health aux États-Unis fonctionnent un peu comme les IRSC, c'est-à-dire par l'entremise de quelques instituts. Les instituts pertinents à la comparaison sont le National Institute of Mental Health (NIMH), le National Institute of Drug Abuse (NIDA) et le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). En 2003, le budget total des NIH s'est élevé à 27 milliards de dollars américains. Sur ce montant, le NIMH a reçu 1,4 milliard, le NIDA, 1 milliard et le NIAA 0,4 milliard. La recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie aux États-Unis a donc obtenu 2,8 milliards de dollars américains, soit un peu plus de 10 p. 100 de l'ensemble des fonds consacrés à la recherche sur la santé... proportionnellement deux fois plus que ce qu'ont versé les IRSC (5,3 p. 100).⁴⁹⁸

Au Royaume-Uni, le principal organisme de financement de la recherche biomédicale est le Medical Research Council (MRC), qui subventionne six domaines de recherche : les études sur les personnes et la population, notamment les services de santé et la santé de la population; la génétique, la structure moléculaire et la dynamique; la biologie cellulaire, le développement et la croissance; la physiologie médicale et les processus de la maladie;

⁴⁹⁶ Société canadienne de l'autisme, *Programme de recherche et Stratégie d'action pour l'autisme au Canada : un livre blanc*, mars 2004. <http://autismsocietycanada.ca/finalwhite-french.pdf>

⁴⁹⁷ D^r Bernstein (8 juillet 2003).

⁴⁹⁸ Information tirée du site Internet des NIH à : www.gov.nih.

l'immunologie et les infections; et les neurosciences et la santé mentale. Les données les plus récentes indiquent que, sur le budget total de 292,6 millions de livres du MRC en 2001-2002, quelque 74 millions de livres ont été affectés à la recherche en neurosciences et en santé mentale et 18,9 millions de livres à la recherche sur les maladies mentales. Ces montants représentent 6,5 p. 100 des montants affectés à la recherche biomédicale.⁴⁹⁹

À en juger par ces renseignements, quelques chercheurs dans le domaine ont soutenu que l'investissement du Canada est insuffisant.

Quels critères devraient déterminer le pourcentage des fonds de recherche accordés à une maladie donnée? Simplement la prévalence, la morbidité et la mortalité, l'incapacité ou le fardeau économique découlant de la maladie? Le financement devrait-il être déterminé en fonction d'une analyse comparative internationale? Par concours, en fonction du mérite de la recherche et de ses résultats possibles parmi toutes les demandes reçues par l'organisme de financement concerné? En tenant compte d'une certaine combinaison de ces critères?

Le D^r Bernstein a déclaré que le fait de strictement allouer les dépenses de recherche en fonction du fardeau que représente la maladie pour la société canadienne reviendrait à poser en hypothèse que les recherches effectuées dans un domaine n'ont pas de retombées sur les autres au niveau des concepts, des réactifs, des techniques et des résultats. Il a expliqué que les progrès les plus importants réalisés au sujet d'une maladie donnée ont leur origine dans des recherches dans un domaine tout à fait différent. Il ne conviendrait donc pas d'allouer les dépenses de recherche uniquement en fonction de la prévalence ou du fardeau de la maladie.⁵⁰⁰ Le D^r Bernstein a donné deux exemples :

Les IRSC financent plusieurs équipes, à Vancouver, à Toronto et à Québec, qui cherchent à identifier les gènes responsables des maladies affectives bipolaires et de la schizophrénie. La science et la technologie qui permettent de le faire sont issues de travaux de bien plus vaste portée visant à cloner les gènes responsables de n'importe quelle maladie de l'homme. Il est raisonnable d'affirmer que l'identification des gènes responsables des maladies affectives bipolaires constituera la plus importante découverte de l'histoire de la recherche sur la schizophrénie et qu'elle va transformer le diagnostic, le traitement et peut-être même la prévention de la maladie. Pourtant, la recherche fondamentale qui est la condition préalable à ces recherches n'avait à l'origine absolument aucun rapport avec la maladie mentale voire avec la maladie chez l'homme.

Les instituts du vieillissement, de la génétique et de la santé publique et de la population préparent une importante initiative, l'Initiative sur la santé des Canadiens à tous les stades de la vie (ISCSV) – qui suivra des cohortes de nouveau-nés et de personnes âgées et mesurera les déterminants génétiques, psychosociaux, économiques, environnementaux et culturels de la santé et de la maladie. Cette initiative, qui exigera un

⁴⁹⁹ Information tirée du site Internet du MRC à : www.mrc.ac.uk.

⁵⁰⁰ D^r Bernstein (8 juillet 2003).

investissement de plus de 100 millions de dollars sur 20 à 30 ans, permettra de cerner les multiples déterminants du vieillissement sain et de la maladie, en particulier pour des maladies courantes et complexes comme les maladies mentales. Dans quelle catégorie classer nos investissements dans cette initiative – santé mentale, maladies cardiovasculaires, arthrite, vieillissement sain, ou toutes les catégories précitées?⁵⁰¹

Fixer le montant du financement de la recherche en fonction de comparaisons internationales comporte aussi des inconvénients. Premièrement, il faudrait examiner un grand nombre de pays avant d'effectuer une telle comparaison; deuxièmement, les données devraient être vraiment comparables; et troisièmement, les capacités de recherche des pays en cause devraient elles aussi être vraiment comparables.

10.3 AUTRES SOURCES CANADIENNES DE FINANCEMENT

10.3.1 L'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique est la plus importante source de financement de la recherche sur la santé au Canada. En 2002, elle a investi 1,4 milliard de dollars dans la recherche-développement sur la santé, soit environ 36 p. 100 de toute la recherche sur la santé effectuée au pays.⁵⁰²

Nous ne savons pas quelle proportion du financement de la recherche par l'industrie pharmaceutique canadienne est consacrée à la maladie mentale et à la toxicomanie. Mais plus d'une centaine d'agents pharmaceutiques potentiels pour divers troubles mentaux sont actuellement à l'étape des essais cliniques humains ou en attente d'homologation.

Ces investissements de l'industrie pharmaceutique sont effectués dans la recherche en laboratoire (à l'interne, dans les universités et les instituts de recherche), afin de découvrir de nouvelles molécules, et dans les essais cliniques, afin de mesurer l'efficacité et les effets secondaires de nouveaux agents sur les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Les essais cliniques pour cette catégorie de patients soulèvent de nombreux problèmes éthiques analysés au chapitre 11.

De plus, les sociétés pharmaceutiques appuient la formation et la recherche dans les domaines de la maladie mentale et de la toxicomanie, par l'entremise des Initiatives stratégiques en partenariat avec l'industrie des IRSC. Des exemples récents d'initiatives de ce genre, alliant les IRSC et l'industrie, comprennent le Programme de subventions de fonctionnement sur les mécanismes biologiques et le traitement de la maladie d'Alzheimer, le Programme de neurobiologie des troubles psychiatriques et des toxicomanies (tous les deux

⁵⁰¹ *Ibid.*

⁵⁰² Statistique Canada, « Estimations des dépenses totales au titre de la recherche et du développement dans le secteur de la santé au Canada, 1988 à 2002 », Statistique des sciences, Bulletin de service, n° 88-001-XIB au catalogue, vol. 27, n° 6, septembre 2003.

en partenariat avec AstraZeneca) et l'Initiative sur la santé vasculaire et la démence (avec Pfizer).

La recherche pharmaceutique a exercé et continue d'exercer une grande influence sur la prestation des soins de santé aux personnes atteintes de troubles mentaux. Par exemple, au chapitre 7, nous avons vu que la découverte d'agents neuroleptiques dans les années 70 a rendu possible la désinstitutionnalisation sans danger de nombreuses personnes atteintes de maladie mentale. Plus récemment, de nouveaux médicaments pour traiter la schizophrénie et la dépression ont contribué à réduire les coûts de traitement de ces troubles; on estime que ces coûts ont baissé de plus de 15 p. 100 entre 1992 et 1999 en grande partie parce que de nouveaux médicaments thérapeutiques rendent l'hospitalisation inutile.⁵⁰³

L'industrie pharmaceutique canadienne poursuit des recherches importantes. Des agents sont actuellement mis à l'essai sous certaines conditions comme la toxicomanie (par exemple, un vaccin thérapeutique pour traiter les cocaïnomanes), ainsi que l'alcoolisme et le tabagisme.⁵⁰⁴ La recherche sur de nouveaux antidépresseurs antipsychotiques devrait également améliorer de beaucoup le traitement de ces conditions.⁵⁰⁵

À l'heure actuelle, les sociétés pharmaceutiques canadiennes les plus actives dans les domaines de la maladie mentale et de la toxicomanie sont Wyeth, Lilly, Glaxo-Smith-Kline (GSK) et Lundbeck. Lilly et GSK, ainsi que Pfizer, continueront de jouer un rôle de premier plan dans la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, étant donné qu'elles ont une longue liste de médicaments éventuels dans ce domaine et qu'elles investiront probablement massivement dans de futurs essais cliniques.

10.3.2 Les organismes de financement provinciaux et ONG

On recense de nombreuses autres sources de financement de la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Dans la plupart des provinces, des organismes gouvernementaux effectuent des recherches sur la santé mentale et la toxicomanie (p. ex. le Réseau santé mentale du Québec; la Fondation ontarienne de la santé mentale, l'Alberta Mental Health Board; le Conseil manitobain de la recherche en matière de santé, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto), etc.).

Il existe aussi de nombreux organismes de bienfaisance et fondations (ONG) dans le domaine de la santé qui répondent efficacement aux besoins de divers groupes et individus. Ainsi, le Comité a entendu parler de l'excellente relation de travail qui existe entre la Société canadienne de

Les ONG peuvent appuyer la recherche de deux façons. Tout d'abord, les organisations peuvent financer des projets de recherche. En recueillant eux-mêmes les fonds ou en faisant appel à d'autres organisations, les ONG peuvent remettre des montants importants à la recherche.

[D^r John Gray, président, Société canadienne de schizophrénie, mémoire, 12 mai 2004, p. 3.]

⁵⁰³ Voir Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), "New Medicines for Mental Health Help Avert a Spending Crisis", *Value in Medicines*, 14 janvier 2004.

⁵⁰⁴ Voir le site Internet des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D) à : http://www.canadapharma.org/Patient_Pathways/Health_Info/02mentalheal/index_f.html.

⁵⁰⁵ *Ibid.*

schizophrénie (SCS) et les IRSC. L'an dernier, la SCS a pu fournir 75 000 \$ de fonds de contrepartie affectés à la recherche.

En revanche, le Comité a également appris que les ONG sont rarement capables d'attirer les fonds nécessaires pour parrainer la recherche. De plus, il n'existe que deux organisations nationales sans but lucratif dont le mandat consiste expressément à trouver du financement et à parrainer la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie : la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie et NeuroScience Canada. La Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie a déclaré au Comité que le caractère honteux de la maladie mentale et de la toxicomanie nuit grandement à une meilleure connaissance de ces troubles, à l'obtention de commandites d'entreprises et de financement pour la recherche. Cette situation contraste avec celles d'autres groupes de maladie comme le cancer et les maladies cardiovasculaires dont les organismes de bienfaisance respectifs sont solides et obtiennent de bons résultats dans leurs campagnes de financement et dans leur appui à la recherche :

... ceux [les organismes bénévoles] qui vont vraiment chercher beaucoup de sous dans le public canadien pour l'instant ne sont pas nombreux, en comparaison au National Cancer Institute ou aux Fondations des maladies du cœur.
[Dr Rémi Quirion (14:23)]

La Fondation relève un défi de taille en cherchant à sensibiliser la population au problème des maladies mentales et à recueillir des fonds de recherche pour trouver les causes de diverses maladies mentales, leurs traitements et finalement, leurs remèdes. Malheureusement, le caractère honteux de la maladie mentale persiste. Par conséquent, des millions de personnes souffrent en silence d'un désespoir inimaginable, craignant que la révélation de leur maladie n'entraîne des conséquences néfastes sur le plan personnel. Dans ces conditions, on ne prend guère conscience des maladies mentales, on les comprend mal, les mécanismes de soutien sont peu nombreux, les fausses conceptions sont répandues et le financement essentiel à la recherche est dangereusement bas.⁵⁰⁶

Les organisations bénévoles continuent cependant de jouer un rôle important dans la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, rôle qui doit être reconnu et élargi. Le D^r Quirion a indiqué au Comité que lorsque l'INSMT a été créé, il s'est associé à une soixantaine d'organisations bénévoles et non gouvernementales. Ces groupes ont participé à l'élaboration du plan stratégique de l'Institut ainsi qu'à l'élaboration d'une stratégie pour aller chercher plus de financement.⁵⁰⁷

Le D^r Gray, de la SCS, a également fait valoir que les ONG doivent participer au processus de recherche. Par exemple, elles peuvent parfois participer à la création des questions de recherche, et leurs représentants peuvent siéger aux comités d'examen. Il a expliqué que, de cette façon, les scientifiques sont mieux à même de faire les recherches les plus pressantes en

⁵⁰⁶ Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie, mémoire au Comité, juin 2003, p. 2.

⁵⁰⁷ D^r Rémi Quirion (14:24).

santé mentale et en toxicomanie. Leur participation renforce également l'aspect humain de la science et rappelle sans cesse les bienfaits de la recherche.⁵⁰⁸

Le financement de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soulève une grande préoccupation : il n'existe actuellement pas de base de données centrale sur toutes les sources de financement. Les gouvernements et les organisations non gouvernementales ne tiennent pas de statistiques sur les sujets d'enquête. La Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie a fait observer qu'il n'y a pas de coordination entre les organismes de financement de la recherche et aucune responsabilité centrale pour la collecte de données. Les chercheurs ont donc du mal à naviguer non seulement à travers les sources de financement fédérales, mais aussi à travers les sources des secteurs privé et bénévole. Souvent, les chercheurs ne savent pas que des questions de recherche semblables sont étudiées dans différents laboratoires du pays. Dans bien des cas, la possibilité de collaborer améliorerait la productivité et atténuerait les conséquences négatives de la concurrence entre les universités et les hôpitaux. La Fondation a recommandé l'établissement d'une base de données centrale sur les organismes de financement de la recherche, qui inclurait les sources de financement non gouvernementales, la création d'un répertoire des recherches en cours et d'un registre des résultats de la recherche.⁵⁰⁹

10.4 APPLICATION DES CONNAISSANCES

*Dans le domaine de l'application dans la vie courante des acquis de recherche [...] il faut probablement oser enfreindre un tout petit peu la liberté d'autonomie des professions médicales et enseignantes dans ce domaine.
[Dr Laurent Mottron, professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal (14:21)]*

Dans leur étude, les D^{rs} Kapur et Vaccarino font observer au Comité que le principal incitatif de la recherche médicale dans notre société, c'est la promesse d'un sort meilleur pour les malades, leur famille et leur milieu.⁵¹⁰ Cela implique que les découvertes sont transposées du laboratoire au milieu dans lequel les soins sont dispensés, processus qu'on appelle aussi « l'application des connaissances ».

Bien que l'application des connaissances relève du mandat des IRSC, de nombreux témoins ont indiqué qu'elle ne se fait pas bien dans la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie. La recherche biomédicale, qui a établi que la maladie mentale et la toxicomanie sont des désordres du cerveau, a offert des pistes prometteuses en génétique, élucidé le rôle d'une vaste gamme de facteurs de risque, retenu les meilleures pratiques dans un grand nombre de nouveaux systèmes et confirmé beaucoup de traitements pharmacologiques. Mais

⁵⁰⁸ Dr John Gray, président, Société canadienne de schizophrénie, mémoire au Comité, 12 mai 2004, p. 3.

⁵⁰⁹ Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie (juin 2003), p. 6.

⁵¹⁰ Kapur et Vaccarino (2004), p. 6.

beaucoup croient que, trop souvent, ces découvertes restent dissimulées dans les laboratoires et n'ont guère d'impact sur les malades et leur famille.⁵¹¹

Cette situation a été mise en évidence dans le rapport de 1999 du directeur du Service de santé publique des États-Unis intitulé *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Ce document de 500 pages, premier rapport que le directeur du Service de santé publique des États-Unis consacrait à la santé mentale, a confirmé que la recherche a permis d'acquérir les connaissances nécessaires pour offrir un traitement efficace et de meilleurs services pour la plupart des troubles mentaux. Mais il affirme également qu'il existe des lacunes entre les traitements dont l'efficacité optimale a été démontrée par la recherche et ceux que reçoivent en pratique de nombreux patients.⁵¹²

Dans la même veine, la New Freedom Commission on Mental Health, commission du Président des États-Unis présidée par Michael F. Hogan, a signalé en 2003 les longs délais qui s'écoulent avant que la recherche ne soit appliquée dans la pratique. Plus précisément, la Commission a souligné que le délai de 15 à 20 ans entre la découverte d'un traitement efficace et son intégration dans les soins courants aux patients est beaucoup trop long. Elle a également indiqué que, même lorsque l'application de ces découvertes devient monnaie courante au niveau communautaire, les méthodes cliniques sont très variables dans la réalité et souvent incompatibles avec le modèle de traitement d'origine dont l'efficacité a été démontrée.⁵¹³

Le transfert d'une nouvelle idée ou d'une découverte vers une pratique acceptée comporte trois étapes distinctes. La première est la découverte fondamentale : nouvelle association génétique, nouveau traitement, nouvelle façon d'engager les patients dans la thérapie, nouvelle façon d'utiliser un vieux médicament. L'étape suivante est la validation du principe, autrement dit, la transposition de la découverte en soins et la démonstration qu'elle est efficace dans un cadre contrôlé. C'est l'étape des essais cliniques. La troisième étape, celle de la dissémination et de l'application, consiste à faire passer la nouvelle pratique dans le milieu et l'intégrer dans le continuum préexistant des soins.⁵¹⁴ Eric Latimer, économiste de la santé à l'hôpital Douglas (Montréal), a déclaré au Comité que la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie a permis de nombreuses découvertes en regard de l'ampleur du financement et des chercheurs en cause, mais que les deux autres étapes demeurent problématiques et exigent des investissements accrus.⁵¹⁵

Des essais cliniques s'imposent pour démontrer l'efficacité des découvertes fondamentales et la réalisation de ces essais nécessite des chercheurs-cliniciens bien formés et chevronnés. Certains témoins ont souligné que le trop peu de médecins participent à la recherche et qu'une lacune importante du programme de recherche tient au fait que trop peu de chercheurs-cliniciens sont formés pour réaliser des essais cliniques cruciaux. La principale priorité du plan stratégique de l'INSMT's pour 2001-2005 consiste notamment à créer plus de possibilités de formation pour les chercheurs-cliniciens.

⁵¹¹ *Ibid.*

⁵¹² United States Surgeon General, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999.

⁵¹³ The President's New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, rapport final, 22 juillet 2003, p. 67.

⁵¹⁴ Kapur et Vaccarino (2004), p. 6.

⁵¹⁵ Eric Latimer (14:44 à 14:48).

L'étape de la dissémination et de l'application des connaissances consiste à diffuser au sein de la collectivité les nouvelles idées ou pratiques validées. Comme nous l'avons déjà indiqué, l'une des priorités stratégiques de l'INSMT consiste à promouvoir les liens et les échanges entre les chercheurs et les décideurs municipaux, provinciaux et nationaux ainsi que les utilisateurs des résultats de la recherche, notamment les ONG, par l'entremise de programmes structurés d'application des connaissances. Même si les témoins ont convenu qu'il s'agit d'un objectif non seulement louable mais aussi nécessaire, ils estiment que cet objectif est impossible à atteindre avec le niveau de financement actuel. Dans son témoignage, le professeur Tousignant nous a indiqué que les budgets de recherche devraient réserver une part à la vulgarisation scientifique.⁵¹⁶

Le Comité a appris que l'application des connaissances et la recherche clinique seront deux des principales priorités des IRSC dans les années qui viennent. Nous appuyons fortement cette politique.

10.5 VERS UN PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE POUR LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LA TOXICOMANIE

La santé mentale et la maladie mentale sont de la plus haute importance, et le programme national devrait inclure la recherche de pointe.

[Dr Rémi Quirion (14:34)]

Le Comité a appris que, dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, il n'y a pas de politique ni de stratégie cohérente pour résoudre les problèmes complexes qui se posent et réagir de manière cohérente et coordonnée. Les troubles mentaux sont généralement des maladies complexes et chroniques. Leurs déterminants chevauchent de nombreux secteurs, leur gestion exige l'intervention de différents professionnels de la santé et ils ont une grande incidence sur le fonctionnement de la société. Les témoins ont souligné la nécessité d'une meilleure coordination des efforts, afin de mieux faire face aux nombreux défis face à la maladie mentale et la toxicomanie, présentement relevés par le gouvernement fédéral et provinciaux ainsi que les organisations non gouvernementales et l'industrie pharmaceutique. Les D^{rs} Kapur et Vaccarino ont déclaré :

[...] Les problèmes de la maladie mentale et de la toxicomanie résistent aux solutions simples. Ces maladies ont de multiples déterminants, d'ordre biologique, psychologique et social, et une réponse acceptable exige la coordination de multiples secteurs. À l'heure actuelle, la recherche dans ces domaines est bien intentionnée mais dépourvue de coordination. Nous réclamons vigoureusement une politique ou un cadre directeur national pour jeter les bases d'un effort coordonné en recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie.⁵¹⁷

⁵¹⁶ Professeur Tousignant (14:43).

⁵¹⁷ Kapur et Vaccarino (2004), p. 11.

Les témoins qui ont abordé des questions liées à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie s'entendaient sur la nécessité d'un programme de recherche national. Selon eux, un tel programme ferait fond sur le savoir-faire canadien actuel, coordonnerait les activités de recherche actuellement fragmentées que mènent divers acteurs (gouvernements, organisations non gouvernementales, sociétés pharmaceutiques) et assurerait un équilibre entre la recherche biomédicale, clinique, sur les services de santé et sur la santé de la population appliquée à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Mais surtout, de nombreux témoins ont insisté sur le fait qu'il faut s'attaquer maintenant aux problèmes cruciaux qui touchent à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie. Le D^r Quirion a été très éloquent à ce sujet :

En anglais, on dit souvent: «The time is now.» On a vraiment beaucoup d'expertise au Canada grâce au système de santé national. Cela permet de recueillir des données et d'avoir des banques de données beaucoup plus impressionnantes que celles des États-Unis. Je pense, par exemple, aux nouvelles recherches sur le génome.

Je pense qu'on pourrait avoir un impact énorme et on ne devrait pas avoir peur de foncer. Si on fonce avec l'expertise qu'on a présentement, on va réussir à trouver des causes des maladies du cerveau, des maladies mentales.⁵¹⁸

10.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité reconnaît qu'au cours des dernières décennies, la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie a permis de mieux comprendre comment améliorer le sort des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. De nouveaux traitements permettent de soigner les malades dans la collectivité, sans qu'il faille les confiner pendant de longues périodes dans des institutions publiques. On comprend mieux également la pathophysiologie des troubles mentaux, ce qui a d'importantes implications pour le traitement et la prévention. Le Comité croit également que la recherche dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie peut jouer un rôle important pour éclairer les décisions stratégiques relatives à l'affectation des ressources aux traitements, aux services et moyens de soutien dont ont besoin les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie.

Le Comité reconnaît aussi la grande contribution des chercheurs canadiens dans les domaines de la maladie mentale et de la toxicomanie. Le Canada est un chef de file national et international dans de nombreux domaines de recherche, notamment en neurosciences, en psychopharmacologie et en génétique. Il est essentiel de préserver et d'accentuer cette puissance historique.

Le Comité reconnaît le rôle du gouvernement fédéral dans la création des IRSC et la décision de créer l'INSMI. Nous nous réjouissons également de l'accroissement du financement fédéral accordé aux IRSC ces dernières années. Nous tenons tout particulièrement à

⁵¹⁸ D^r Rémi Quirion (14:15).

souligner l'importante contribution du D^r Rémi Quirion, directeur scientifique de l'INSMT, dans la promotion et l'exécution de travaux de recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Le Comité est d'avis que la recherche est très importante, qu'elle constitue un bon moyen de trouver des solutions fondamentales au problème de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada et qu'il faut accorder des ressources suffisantes pour progresser dans cette voie. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait financer davantage la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie, y compris la formation d'un plus grand nombre de chercheurs et de chercheurs-cliniciens afin de renforcer la capacité du Canada de mener des recherches de haute qualité dans ce domaine. De même, les organisations bénévoles devraient être encouragés à développer ou renforcer leurs activités de levée de fonds afin d'accroître, elles aussi, le financement de la recherche.

INTRODUCTION

L'« éthique » désigne habituellement une tentative systématique et raisonnée de comprendre les valeurs et les principes qui sous-tendent les décisions sur des questions d'importance humaine fondamentale. Bref, l'éthique vise à déterminer ce qui est juste et bon.

Dans beaucoup de domaines, les décisions difficiles nécessitent l'examen de multiples facteurs, mettant chacun en cause des valeurs, des principes, des points de vue, des convictions, des attentes, des craintes, des espoirs, etc., différents et souvent contradictoires. Face à de telles décisions, différentes personnes vont aboutir à différentes conclusions non seulement parce qu'elles considèrent des facteurs différents, mais aussi parce qu'elles les jugent les uns par rapport aux autres de façons différentes. L'effet pratique de l'éthique, comme discipline, est d'aider ceux qui doivent affronter des décisions complexes à en saisir les valeurs et les principes inhérents et à les peser les uns par rapport aux autres afin d'aboutir à la meilleure décision possible.⁵¹⁹

Une question de recherche générale [...] porte sur le sens différent et parfois opposé que l'on donne aux termes « éthique » ou « bien » en ce qui concerne leur application concrète aux soins aux personnes qui s'efforcent de lutter contre une maladie mentale. Toute réponse à des problèmes éthiques particuliers comporte un certain engagement envers la notion générale de bien.

[Institut canadien catholique de bioéthique, mémoire au Comité, 20 février 2004, p. 6]

Dans le contexte de la santé et des soins de santé – que ce soit dans la pratique, l'exécution ou la recherche – le but ultime de l'éthique consiste à améliorer la santé et la qualité de vie. Dans une étude commandée par le Comité, Gordon DuVal et Francis Rolleston indiquent les valeurs éthiques et principes bien ancrés qui sous-tendent ce but :

- bienfaisance et non-malfaisance – offrir des services en respectant les normes établies pour des soins de qualité et dans le meilleur intérêt du patient, et ne pas causer de tort à ce dernier;
- autonomie – respecter le patient en tant que personne et l'encourager dans son autodétermination et ses choix, et protéger les renseignements de nature délicate;
- justice – faire en sorte que les patients et les sujets de recherche soient traités équitablement et que les ressources médicales soient réparties en toute équité.⁵²⁰

Les autres valeurs importantes mentionnées par DuVal et Rolleston comprennent les éléments familiers du comportement vertueux comme : la compassion, l'honnêteté, les promesses tenues, le courage moral, la patience, la tolérance, la protection de la dignité et la

⁵¹⁹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Recommandations en vue d'une réforme*, Volume Six, octobre, p. 239-240.

⁵²⁰ Gordon DuVal et Francis Rolleston, *Questions d'éthique en santé mentale*, document commandé par le Comité, 20 avril 2004.

responsabilité, sans parler des valeurs communautaires et relationnelles.⁵²¹ Ces aspects moraux fondamentaux se traduisent largement dans les codes d'éthique des professions et des institutions ainsi que dans le droit. Collectivement, ces principes et valeurs guident les décisions relatives aux programmes et à la prestation de soins de santé, aux soins cliniques et à la recherche connexe.

Le présent chapitre examine diverses questions éthiques portant plus précisément sur la maladie mentale et la toxicomanie. La section 11.1 analyse les questions éthiques relatives aux services et aux moyens de soutien offerts aux personnes atteintes de maladie mentale. La section 11.2 traite de la capacité de consentir au traitement. La section 11.3 porte sur la protection des renseignements personnels et la confidentialité. La section 11.4 examine les questions éthiques relatives à des groupes particuliers – enfants et adolescents, personnes âgées et patients de médecine légale. La section 11.5 traite des répercussions des progrès en génétique et en neurosciences sur l'éthique. La section 11.6 examine les questions éthiques soulevées par la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie. La section 11.7 présente quelques commentaires du Comité.

La stigmatisation sociale qui pèse sur les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et leur famille est au cœur d'un grand nombre des questions et préoccupations éthiques abordées dans le présent chapitre. En soi, la stigmatisation mène directement à un manque relatif de compassion et à une perte de la dignité et du respect auxquels toutes les personnes ont droit. En bout de ligne, elle est à la source même de l'injustice, de l'absence de bienfaisance et de l'inégalité d'accès aux services et aux soins.

Je vois trois grandes difficultés d'ordre éthique en ce qui a trait à la santé mentale au Canada [...]. Le premier problème dans notre société demeure le stigmate d'un problème de santé mentale. [...]

[Mark Miller, éthicien, St. Paul's Hospital, Saskatchewan, lettre au Comité, 27 septembre 2003.]

11.1 ACCÈS AUX SERVICES ET AUX MOYENS DE SOUTIENS

D'après DuVal et Rolleston, le problème éthique associé aux services et aux moyens de soutien tient à ce que « la société n'a pas pris de moyens concrets pour protéger, dans le cas des personnes souffrant de maladies mentales, le droit à la justice et à la bienfaisance, tant dans le système de soins de santé public du Canada qu'ailleurs ».⁵²² Premièrement, la complexité de la santé mentale ajoute beaucoup à la difficulté de la société d'offrir les soins nécessaires pour traiter la maladie mentale aussi bien que les autres types de maladie. Deuxièmement, en plus des divers professionnels de la santé, beaucoup de professionnels participent à la pose du diagnostic, aux traitements et aux soins continus en cas de troubles mentaux. Ainsi, les enseignants, les responsables de l'application de la loi, le clergé et les travailleurs sociaux ont ici un rôle à jouer beaucoup plus grand qu'à l'égard des autres maladies. En l'absence d'un système de santé bien coordonné, les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et leurs familles ont plus de mal que la plupart des autres

⁵²¹ *Ibid.*

⁵²² *Ibid.*, p. 3.

citoyens à avoir accès à des soins de santé adéquats, ce qui entraîne une sorte de discrimination systémique.

Dans leur étude, DuVal et Rolleston soutiennent que la piètre qualité relative des traitements des maladies mentales ne vient pas tant du fait que le public ou les systèmes veulent discriminer ceux qui en souffrent, mais des facteurs directement liés à la nature des troubles mentaux. La maladie mentale et la toxicomanie se manifestent souvent par des comportements plutôt que par des symptômes physiques, contrairement à presque tous les autres types de maladie. Les comportements attribuables à des troubles mentaux engendrent de la peur et de l'incompréhension chez beaucoup de personnes. Ces comportements donnent souvent lieu à des problèmes avec les autorités réglementaires, par exemple, ou à des problèmes scolaires, et c'est ce qui détermine où s'effectuera la première intervention.⁵²³

Bien que rien ne justifie l'adoption de normes différentes relatives à l'accès, à la qualité des soins ou à l'établissement de priorités pour traiter les maladies mentales ou la toxicomanie par rapport aux autres maladies physiques, la réalité semble différente. Cette distinction est particulièrement problématique dans les situations de crise, où il faut prodiguer des soins opportuns et efficaces. Le D^r

Les schizophrènes sont encore traités de la façon dont on traitait les cancéreux il y a longtemps, comme si c'était une question morale et non physique.

[Murray (9:18)]

James Millar, directeur exécutif des Mental Health and Physician Services au ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, a déclaré au Comité :

[Nous devons] accorder la même importance à la santé mentale que celle que la société accorde à la santé physique. Il est inacceptable pour les personnes qui ressentent une douleur à la poitrine d'attendre qu'on en détermine la cause. S'il s'agit d'une maladie cardiaque, le patient veut être soigné immédiatement. Malheureusement, les personnes qui souffrent émotionnellement n'ont pas les mêmes exigences. En général, elles attendent pour demander de l'aide, elles attendent encore plus pour rencontrer un professionnel de la santé, elles sont traitées selon des méthodes dépassées et inappropriées et elles continuent de souffrir beaucoup plus longtemps que nécessaire.⁵²⁴

Carlyn Mackey, Aurise Kondziela et Dorothy Weldon, du Christ the King Family Support Group, ont écrit au Comité que les normes éthiques de la médecine conventionnelle ne sont pas appliquées de manière uniforme dans la prestation de soins de santé mentale :

Les normes éthiques régissant le traitement de la maladie mentale ne semblent pas être conformes à celles auxquelles est assujettie la médecine conventionnelle. Sur le plan de l'éthique, il faut remettre en cause le fait que nous tolérons un système de soins de santé mentale dysfonctionnel ou

⁵²³ *Ibid.*

⁵²⁴ D^r James Millar, directeur exécutif, Mental Health and Physician Services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, p. 9.

*un système pouvant même être taxé de non-système. Il faudrait donc que tous les ordres de gouvernement s'attaquent aux problèmes d'ordre éthique découlant de la discrimination persistante et délibérée contre le malade mental, afin de pouvoir lui offrir des soins de santé sûrs et opportuns.*⁵²⁵

Les services et soutiens aux personnes atteintes de maladie mentale posent une autre difficulté, car ils font intervenir un grand nombre de professions et de secteurs de compétence. DuVal et Rolleston ont donné l'exemple de l'enseignant qui est le premier à attirer l'attention de la famille sur la possibilité que le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA) soit la cause des difficultés scolaires de l'enfant. Dans les cas d'indiscipline, le système scolaire cherche à protéger les autres élèves. Des mesures disciplinaires, une suspension ou l'expulsion accentuent la tendance à l'ostracisme et à la stigmatisation. Le maintien dans le système scolaire exige des classes spéciales ou une aide à l'enseignement particulière pour réduire au minimum l'impact sur les autres élèves. Si la maladie mentale donne lieu à de la violence, des agents des forces de l'ordre peuvent intervenir. Les membres du clergé peuvent être les premières personnes contactées par des gens qui se sentent possédés par des forces extérieures. Comme il est si important que la personne atteinte de maladie mentale admette son état afin de pouvoir le gérer, enseignants, agents des forces de l'ordre, membres du clergé et autres professions parallèles sont souvent les premiers à poser le diagnostic et à entamer le traitement des personnes atteintes de maladie mentale.⁵²⁶

De multiples obstacles découlant de la répartition des champs de compétence entre le régime de santé mentale et le régime des services sociaux empêchent cependant un bon traitement. Par exemple, le D^r Robert Quilty, psychologue agréé travaillant au Durham County School Board, a informé le Comité de l'existence d'une sorte de « flou diagnostique » qui empêche de bien diagnostiquer et, par conséquent, de bien traiter les maladies mentales d'enfants ayant des troubles de développement, de sorte, par exemple, que des troubles d'autisme qui auraient pu être traités s'ils avaient été détectés plus tôt passent inaperçus. Le problème est aggravé par les difficultés que posent l'accès d'enfants ayant une déficience mentale aux organismes qui fournissent des services comportementaux au sein des structures de santé mentale, condamnant ainsi leur avenir déjà incertain. Les enfants autistes de haut niveau (syndrome d'Asperger) s'en tirent peut-être un peu mieux. Toutefois, même si leur traitement a été en partie réussi, à l'âge adulte, les patients qui ont un retard de développement et ont besoin d'autres soins de santé mentale sont rarement perçus comme tels parce qu'ils ont déjà été étiquetés comme nécessitant un soutien communautaire. C'est là un autre exemple du manque de coordination dans la prestation des services entre les divers ministères provinciaux.⁵²⁷

En conséquence, la prestation des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie se caractérise par une grande fragmentation, ainsi que par un manque de cohésion et de coordination. Pour les personnes atteintes de maladie mentale, le problème de

⁵²⁵ Carlyn Mackey, Aurise Kondziela et Dorothy Weldon (Christ the King Family Support Group - Winnipeg), mémoire au Comité, 24 octobre 2003, p. 2.

⁵²⁶ Gordon DuVal et Francis Rolleston (2004), p. 6.

⁵²⁷ *Ibid.*, p. 11-12.

la navigation dans ce réseau complexe de services et de soins est exacerbé par la nature de leur maladie. De nombreuses personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et d'autres experts ont déclaré au Comité que cette absence de cohésion et de coordination a accru la toxicomanie, l'itinérance et les incarcérations.

DuVal et Rolleston ont fait ressortir que la fragmentation du système est apparente, même lorsqu'il est clair que des soins institutionnels s'imposent. Le cas très médiatisé d'une jeune femme d'Ottawa au comportement violent et autodestructeur est très révélateur. L'hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario ne pouvait la prendre en charge parce qu'il n'est pas équipé d'installations pour accueillir de tels patients; l'hôpital Royal Ottawa, qui lui en a, ne pouvait pas l'accueillir parce qu'elle n'est pas assez âgée. Ce cas fait ressortir les graves problèmes éthiques qui découlent de la fragmentation du « système » en vigueur qui régit les soins de longue durée pour les patients dont l'âge et la condition mentale varient.⁵²⁸

Le Comité a appris que c'est surtout la famille qui doit dispenser l'essentiel des soins aux proches atteints de maladie mentale, même s'ils ont accès aux centres de soins à domicile ou de soins communautaires parce que les ressources de ces centres sont trop souvent inadéquates ou insuffisantes. Mark Miller, éthicien au St. Paul's Hospital (Saskatoon), a écrit :

Et je dirais que le plus grand problème d'éthique au-delà du système de santé proprement dit est le manque fréquent de ressources pour les membres de la famille qui s'occupent d'un proche à la maison ou dans la collectivité. Bien des parents, des enfants et d'autres aidants sont à toutes fins utiles abandonnés à leur sort, ce qui est tout à fait injuste et crée d'autres problèmes de santé chez les personnes aidantes. Le désespoir n'est pas rare dans les familles aux prises avec un membre en difficulté.⁵²⁹

11.2 CONSENTEMENT ET CAPACITÉ DE CONSENTEMENT

La société protège le choix individuel – le droit de consentir à un traitement ou de le refuser – en fonction du droit fondamental de l'individu à l'autonomie. Mais pour que le consentement à des services de santé mentale ou de traitement de la toxicomanie soit valable, l'individu doit être mentalement et légalement apte à faire ce choix.

Bien que la capacité de prendre des décisions soit essentielle à un consentement éclairé valable, les critères qui conviennent pour évaluer la compétence prêtent à controverse, surtout dans le cas de personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie. La capacité de prendre des

Dans le contexte d'une maladie mentale, la capacité de prendre des décisions peut varier et dépend beaucoup de la nature de la décision à prendre. Parmi les difficultés liées à la capacité à prendre des décisions, on trouve des inquiétudes au sujet de la capacité de gérer ses finances personnelles et de prendre des décisions concernant les soins personnels, y compris au sujet du logement.

[DuVal et Rolleston (2004), p. 13.]

⁵²⁸ *Ibid.*, p. 6.

⁵²⁹ Mark Miller, mémoire au Comité, 27 septembre 2003, p. 2.

décisions est liée à la capacité de comprendre les renseignements pertinents concernant le traitement, de bien en saisir la portée et de raisonner de manière à pouvoir peser logiquement les choix qui s'offrent.

L'évaluation de la capacité décisionnelle soulève des questions particulières de vulnérabilité pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Les évaluations cliniques de la capacité à prendre des décisions se concentrent essentiellement sur le fonctionnement cognitif. Comme les maladies mentales et la toxicomanie peuvent miner la cognition, les personnes atteintes, particulièrement dans les cas graves, sont souvent incapables de prendre des décisions. Elles peuvent cependant perdre cette faculté de manière intermittente, comme chez les personnes souffrant de toxicomanie, ou encore graduellement, comme chez les personnes qui vieillissent et tombent lentement dans la démence ou dans un autre processus dégénératif qui affecte la fonction cognitive. Adapter la prestation des services en fonction des fluctuations ou de la perte graduelle de la capacité de décider constitue un défi de taille pour le système de santé mentale et le système de traitement de la toxicomanie. Le respect de la personne exige que les fluctuations ou la diminution des capacités soit dépistée et diagnostiquée et que le système s'adapte en conséquence, afin de ne pas empiéter indûment sur l'autonomie de la personne en cause.

Les fonctions cognitives et non cognitives peuvent aussi être compromises par des troubles mentaux qui perturbent de diverses manières la prise de décisions. Par exemple, la dépression clinique et d'autres états affectifs pathologiques peuvent réduire la capacité de choisir ou de rejeter un traitement, même si la compréhension de l'information pertinente n'est pas altérée. Les définitions usuelles de la capacité ne rendent pas bien compte des déficits non cognitifs, comme le pessimisme face à l'avenir qui peut caractériser la dépression. L'évaluation de la capacité donne des résultats imprécis en présence de sentiments dominants, mais peut-être passagers, de désespoir, d'impulsivité ou d'auto-dévalorisation, par exemple.

Chez les patients atteints de schizophrénie, la nature délirante et paranoïde de la maladie peut aussi compromettre la capacité de prendre des décisions d'une manière qui n'est pas clairement liée à l'absence ou à la perte de la cognition. Chez les individus qui souffrent d'une dépendance, la capacité de prendre des décisions peut être compromise par leur difficulté à maîtriser l'impulsion qui les pousse au comportement associé à la dépendance. Dans le cas de certains troubles de l'alimentation, où l'on observe une distorsion pathologique de l'image corporelle, l'incapacité peut être très restreinte, et le rôle de cette distorsion dans la détermination de la capacité n'est pas clair.

Par conséquent, l'évaluation clinique de la capacité mentale en présence de maladies mentales ou de toxicomanie est une entreprise complexe. La capacité mentale de prendre des décisions peut exister à divers niveaux et à divers degrés et peut fluctuer dans le temps. Or, en droit, après avoir entendu les témoignages d'experts, un juge détermine qu'à un moment donné la capacité légale de prendre des décisions existe ou n'existe pas à des fins précises (la capacité de prendre soin de ses biens ou de sa personne, par exemple). Il n'y a pas de degrés de capacité

Les soins de santé mentale sont compromis lorsque la capacité est refusée ou présumée à tort.

[Institut canadien catholique de bioéthique, mémoire au Comité, 20 février 2004, p. 3.]

ou d'incapacité. La révision d'une décision judiciaire d'établir un régime de protection et de désigner un représentant légal chaque fois que l'état mental fluctue peut prendre beaucoup de temps et être lourde. Dans son mémoire au Comité, l'Institut canadien catholique de bioéthique a expliqué :

Le système juridique tend à faire une distinction très nette entre les individus jugés « capables » de prendre des décisions concernant leur propre santé et ceux qui en sont incapables. Beaucoup d'individus atteints de maladies mentales comme la dépression profonde ou la schizophrénie pourraient ne pas répondre aux critères juridiques permettant de les déclarer « incapables » et pourtant, leur capacité de comprendre leur propre état, d'évaluer leurs possibilités, de prendre des décisions judicieuses à propos des soins à recevoir et de s'en tenir à ces décisions peut être gravement compromise. Puisque l'autonomie des patients est un élément prépondérant de l'éthique médicale contemporaine, il est utile d'envisager les difficultés qui surgissent à ce chapitre quand, d'une part, un patient est jugé incapable alors qu'il conserve un certain degré de capacité, et quand, d'autre part, on présume que le patient a conservé cette capacité alors qu'elle est en réalité gravement compromise.⁵³⁰

Le Comité a appris que l'Ontario et certaines autres provinces ont légiféré pour établir des ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTC). Une OTC est une ordonnance de médecin obtenue avec le consentement de la personne visée, par laquelle celle-ci accepte de recevoir un traitement ou des soins et une supervision en milieu communautaire. Afin de donner son consentement, il faut être légalement capable de consentir au traitement. Si la personne n'est pas légalement apte à donner son consentement et qu'un mandataire a été autorisé, le mandataire doit consentir à l'OTC, même si la personne inapte n'est pas d'accord. Certaines personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie craignent toutefois que la législation relative aux OTC n'empiète sur leurs droits. En revanche, certaines familles qui, parce qu'elles n'ont pas accès à des fournisseurs officiels de soins et qu'elles remplacent donc ces derniers, croient que sans cette mesure législative, elles seraient incapables d'aider un être cher.

Les témoins ont expliqué que, même lorsque les membres de la famille et les prestataires de soins souhaitent protéger la santé et le bien-être de personnes vulnérabilisées par leurs capacités réduites, il n'en demeure pas moins important de respecter l'autonomie de ces personnes. Les témoins ont précisé que les familles et les fournisseurs de soins doivent en arriver à un équilibre délicat dans leurs démarches pour aider une personne souffrant d'une maladie mentale tout en respectant son autonomie, même si elle n'est que partielle. La réponse n'est jamais tranchée, mais l'intervention doit être faite en fonction du patient et des particularités de son état.

Bien plus que les individus souffrant d'autres maladies, ceux qui sont atteints de troubles mentaux n'ont pas conscience de l'existence ni de la nature de leur maladie, à cause même de cette maladie. En conséquence, ils ressentent parfois beaucoup de méfiance à l'endroit des

⁵³⁰ Institut canadien catholique de bioéthique, mémoire au Comité, 20 février 2004, p. 5.

intervenants de la santé mentale et ils sont nombreux à refuser les traitements ou à ne pas s'y conformer. Lorsqu'une intervention ou un traitement est clairement indiqué, à quel moment le respect du refus du traitement devient-il l'abandon d'une personne vulnérable qui a besoin d'aide ou de soins?

Il est évident qu'une personne dont la capacité de prendre des décisions est compromise peut refuser le traitement et que ce refus doit être respecté. La situation peut toutefois être très difficile pour les membres de la famille quand un patient ayant besoin de soins mais refusant le traitement satisfait aux normes juridiques de la capacité, malgré une capacité de prendre des décisions compromise.

Un dilemme semblable se pose lorsqu'un patient, qui a besoin de soins et qui est jugé incapable de prendre une décision, résiste à une intervention nécessaire pour traiter un trouble mental. Même si un mandataire peut légalement autoriser le traitement au nom du patient, il peut demeurer difficile d'administrer le traitement lorsque le patient oppose une résistance acharnée. Les seules options possibles peuvent être alors d'administrer le traitement à l'insu du patient (par exemple, en mélangeant les médicaments à la nourriture ou aux boissons), de recourir à la force ou d'y renoncer complètement.

L'administration d'un traitement par la force ou la tromperie, particulièrement à des personnes vulnérables comme celles souffrant de troubles mentaux, soulève d'importantes questions d'éthique pour les professionnels de la santé. Le recours à la force ou à la duperie peut miner considérablement la confiance, ce qui rend encore plus difficile la communication continue, la coopération et les soins. Pourtant, il peut être tout aussi déplacé de ne *pas* administrer le traitement à un patient qui, à cause de son incapacité, est vulnérable et a vraiment besoin d'être protégé par une personne de confiance. Les patients seront peut-être reconnaissants par la suite pour des traitements administrés contre leur gré au moment où ils étaient incapables de prendre une décision à cet égard ou, au contraire, ils pourront continuer d'éprouver du ressentiment et ne pas rechercher de traitement par la suite si leurs symptômes réapparaissent.

11.3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CONFIDENTIALITÉ

Dans son rapport d'octobre intitulé *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a examiné la nécessité de protéger la confidentialité des dossiers de santé électroniques et leur utilisation dans la recherche. La protection des renseignements personnels inquiète tout au tant, voire davantage, dans le contexte de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Dans leur étude, DuVal et Rolleston affirment que la protection des renseignements personnels repose en grande partie sur l'hypothèse cruciale voulant que la société

Cette mesure est toujours utilisée en situation de crise. [...] La personne est considérée un danger pour elle-même ou pour les autres. [...] Il n'est pas question de divulguer l'information sur une base régulière. Il y a un motif pour l'action, qui est d'assister une personne le mieux possible et de la façon la mieux informée. Ce n'est pas ce qu'on appelle partager de l'information à grande échelle.

[Nancy Hall, Mental conseillère en santé mentale (16:27-28)]

dans son ensemble, et toutes les personnes qui la composent, profitent de la sauvegarde du droit inaliénable de chacun de contrôler l'utilisation des renseignements personnels qui le concernent.⁵³¹

De plus, la relation fiduciaire entre le prestataire de soins de santé et le patient repose sur la confiance et sur le principe fondamental de la confidentialité, comme en témoignent la plupart des codes de déontologie des professions. Les témoignages que nous avons entendus nous obligent cependant à nous demander si nos cadres juridiques et politiques actuels en matière de protection des renseignements personnels – qui, en règle générale, servent bien les personnes mentalement compétentes – peuvent aller à l'encontre des intérêts de ceux qui, à cause de la nature et de l'omniprésence d'une maladie mentale ou de la toxicomanie, deviennent partiellement ou entièrement dépendants de multiples fournisseurs de soins tout au long du continuum de soins. M. John Arnett, chef du Département de santé psychologique à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba, a déclaré :

En tant que clinicien, je ne peux passer au bureau à côté pour demander à un collègue, qui a reçu un patient que je vais voir, ce qu'il sait qui pourrait m'aider à mieux évaluer ce patient. L'intention de la loi est noble, il n'y a pas de doute, mais elle impose réellement des limites qui ont un impact négatif sur les soins aux patients. En grande partie, les soins au patient consistent à avoir accès à ses antécédents et à ses renseignements personnels. La loi impose des limites importantes.⁵³²

Les inquiétudes relatives à l'observation stricte des règles en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité s'appliquent également aux familles des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Sans la permission du patient, que ce dernier peut être incapable d'accorder en cas de maladie mentale ou de toxicomanie, un médecin ne peut pas communiquer les renseignements personnels le concernant à ses parents, ses frères et sœurs ou ses enfants, qui doivent en prendre soin. Murray, dont le fils schizophrène paranoïde a été tué par un autobus après s'être évadé de l'hôpital, a posé la question :

Pourquoi les médecins ne sont pas autorisés à informer les membres de la famille quand on sait que le soutien de la famille est bénéfique pour le malade? Le malade prend des médicaments parce que son mode de pensée est perturbé et, pourtant, les médecins estiment que c'est à lui de décider d'informer la famille alors qu'il ne peut pas prendre de décision raisonnable ou réfléchie.⁵³³

Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada, a ajouté :

⁵³¹ Gordon DuVal et Francis Rolleston (2004), p. 16.

⁵³² John Arnett (16:26).

⁵³³ Murray (9:18).

Je voudrais mettre l'accent sur un domaine du droit qui, à mon avis, a eu un impact négatif sur le domaine de la santé mentale et sur les stigmates en particulier. Je fais référence à la législation relative à la protection de la vie privée. La législation est perçue, du moins par les communautés autochtones, mais aussi d'ailleurs selon moi, comme un désavantage. Elle préconise la confidentialité quand il est question de santé et les gens ont l'impression qu'elle les empêche de discuter des problèmes et de se voir comme des membres normaux de l'humanité. Les intervenants qui pourraient offrir un soutien ne peuvent le faire en temps opportun.⁵³⁴

Ces idées ont été reprises dans le mémoire du Christ the King Family Support Group, de Winnipeg, qui a déclaré que « les exigences en matière de confidentialité sont invoquées pour justifier le manque d'information suffisante au prestataire de soins membre de la famille sur la nature et la gravité de la maladie ». Ce groupe a ajouté que l'on refuse de donner aux membres de la famille la moindre information sur les médicaments à prendre, les questions de sécurité et les plans en matière de soins et de traitements, au moment de donner congé de l'hôpital; que les préoccupations exprimées par les membres de la famille sont arbitrairement rejetées et non consignées dans les dossiers des patients; et que les familles ne sont pas suffisamment soutenues dans leur tentative de composer avec les conséquences dévastatrices d'une maladie mentale profonde et prolongée.⁵³⁵ Il faut souligner cependant qu'en cas de danger clair, grave et imminent, un médecin peut avoir l'obligation prépondérante, en droit, de rompre la confiance de son patient afin de prévenir des tierces parties, dans le but de protéger la sécurité publique.

11.4 POPULATIONS SPÉCIALES

11.4.1 Les enfants et les adolescents

Dans les chapitres 2 et 9, le Comité a traité d'un certain nombre de questions relatives à l'accès aux services de santé mentale et soutiens connexes pour les enfants et les adolescents. En plus de ces questions, le traitement de la santé mentale chez les enfants et les adolescents soulève des difficultés particulières d'ordre éthique relativement à leur vulnérabilité, à leur capacité de prendre des décisions et à l'utilisation et la divulgation de renseignements confidentiels.

Quand ils soignent des enfants et des adolescents, les professionnels de la santé mentale doivent être bien conscients de la vulnérabilité accrue de leurs patients en raison de l'âge et de la présence potentielle de troubles mentaux concomitants et d'antécédents de perturbation sociale. La capacité de consentir aux interventions de traitement et de le faire volontairement, déjà compromise par la maladie mentale, est encore plus difficile à faire pour les jeunes. La participation des parents et d'autres membres de la famille au traitement peut être extrêmement utile, mais les fournisseurs des soins doivent être pleinement conscients de la possibilité de méfiance, de dysfonctionnement familial ou de pressions indues découlant

⁵³⁴ Bronwyn Shoush (16:12).

⁵³⁵ Carlyn Mackey, Aurise Kondziela et Dorothy Weldon (Christ the King Family Support Group - Winnipeg), mémoire au Comité, 24 octobre 2003.

de la culpabilité ou de l'attitude exagérément protectrice des parents à l'égard de l'enfant. Des questions de confidentialité complexes peuvent se poser lorsqu'il faut déterminer si des circonstances particulières justifient la divulgation de renseignements sur le patient aux parents et/ou à d'autres organismes gouvernementaux ou de services sociaux.

11.4.2 Les personnes âgées

Des questions morales spécifiques se posent dans la prestation de services de santé mentale aux personnes âgées. Par exemple, de nombreux patients dans une unité de malades gériatriques n'ont aucune capacité de prendre des décisions et n'ont aucun proche parent ou peuvent être en conflits avec les membres de leur famille. Les malades gériatriques sont parfois sans abris et les membres de leur famille peuvent être difficiles à trouver ou refuser de collaborer ou répugnent pour le moins de jouer un rôle important. On estime que seulement 10 à 20 p. 100 de ces patients bénéficient de la participation active de leur famille et que les autres n'ont aucun proche qui s'intéresse à leur cas. Beaucoup de malades âgés « passent au travers des mailles du filet », en ce sens que l'hôpital général est mal équipé pour s'occuper de personnes souffrant de maladie mentale, tandis que l'hôpital psychiatrique n'a pas toujours les ressources voulues pour dispenser les soins médicaux généraux voulus aux patients. Ainsi, les malades gériatriques souffrant de troubles mentaux sont souvent mal soignés.

Dans un hôpital psychiatrique, il arrive que le personnel interprète mal les symptômes de la douleur manifestés par des patients psychiatriques âgés, tandis que dans un hôpital général, il arrive souvent que les patients âgés qui souffrent de maladie mentale et se plaignent de douleur ne soient pas pris au sérieux. Le manque d'expérience du soulagement de la douleur à l'aide de médicaments opiacés et les inquiétudes que suscite l'interaction entre ces médicaments, les antipsychotiques et d'autres médicaments utilisés en soins psychiatriques peuvent entraîner une mauvaise gestion de la douleur pour ce groupe de patients. Selon certains témoignages, on trouverait dans ce groupe des exemples de patients mal soignés, notamment quant au soulagement de la douleur, et l'on signale aussi des cas de personnes qui, après avoir attendu longtemps, sont renvoyées à l'hôpital psychiatrique, où les soins peuvent être inadéquats.

À cause de la stigmatisation, les patients et leurs familles ont souvent de la difficulté à obtenir des soins. Parfois, le personnel n'a pas reçu d'instruction claire quant aux soins psychiatriques à donner aux patients qui touchent au terme de leur vie. Souvent, les soignants ne savent pas trop quand ils doivent appliquer un traitement énergique, par opposition à un traitement visant essentiellement à soulager la douleur. Les infirmières psychiatriques ont généralement moins d'expérience dans l'utilisation des analgésiques et des opiacés et hésitent parfois à les utiliser avec assurance.

11.4.3 Les patients de médecine légale

Dans son mémoire, le Centre for Practical Ethics de l'Université York a déclaré :

Beaucoup de détenus sont en prison parce qu'ils souffrent d'instabilité affective ou de troubles mentaux, et une fois incarcérés, ils ne reçoivent pas les traitements voulus à moins de constituer une menace pour les

*autres ou pour eux-mêmes. En outre, leur état ne peut manquer de se détériorer dans un environnement aussi inapproprié.*⁵³⁶

DuVal et Rolleston dégagent deux types de dilemmes moraux dans le contexte de la médecine psychiatrique légale.⁵³⁷ Premièrement, les troubles mentaux, en particulier lorsqu'ils ne sont pas traités, se manifestent parfois par un comportement qui serait autrement considéré criminel. Dans certains cas, les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont accusées d'infraction peuvent être jugées inaptes à subir leur procès ou non criminellement responsables, mais il arrive souvent que la police et les tribunaux doivent choisir entre ordonner que les personnes souffrant de troubles mentaux se fassent soigner et les renvoyer vers le système de justice pénale. L'absence d'une formation efficace chez les policiers et les autres agents de l'appareil de justice pénale peut contribuer au mauvais aiguillage de personnes dans cette situation qui sont ainsi privées des ressources de santé mentale dont elles ont besoin. Bien des gens estiment que trop de personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie se retrouvent dans nos prisons et nos pénitenciers alors qu'il serait préférable, autant pour eux-mêmes que pour la société dans son ensemble, qu'ils soient soignés plutôt qu'incarcérés.

Le deuxième problème tient au fait que les professionnels de la santé mentale qui pratiquent en médecine légale ont un problème de dédoublement. Qu'il s'agisse d'évaluer une personne accusée d'une infraction, de prodiguer un traitement suivi à une personne dans le cadre d'une commission d'examen provinciale ou de présenter des preuves devant des organismes administratifs ou devant un tribunal, ces professionnels

Mettons-nous en prison des personnes parce qu'elles ont une maladie mentale plutôt que des personnes entièrement capables qui commettent des crimes? Beaucoup de personnes ayant une maladie mentale sont incarcérées. En cour, bon nombre d'entre elles ne comprennent pas ce qui leur arrive.

[Armée du Salut, mémoire au Comité, octobre 2003, p. 3]

de la santé ont deux types d'obligations distinctes qui entrent parfois en conflit. D'une part, ils doivent s'acquitter des obligations incontestables du fournisseur de soins, fonctions qu'ils doivent remplir dans le meilleur intérêt des patients en évitant de leur faire du tort. D'autre part, ils ont l'obligation envers la société, tout à fait légitime, d'offrir leur avis et leur jugement d'une manière franche et objective devant des tribunaux, des commissions d'examen et d'autres organismes pénaux et administratifs pour se prononcer sur l'état mental, le diagnostic et le pronostic d'une personne qui reçoit leurs soins. Indubitablement, ces conseils et ces témoignages qui priorisent les avantages pour la société ne sont parfois pas dans le meilleur intérêt de leurs patients/clients.

Ces obligations contradictoires peuvent être difficiles à gérer et mettent en cause la relation clinique à plus d'un égard. De plus, même si le fait de donner une opinion d'expert correspond à un rôle social important, la qualité des soins peut en être diminuée si le fournisseur de soins en santé mentale travaillant dans le contexte judiciaire ne peut assurer la confidentialité au patient, ce qui a clairement des conséquences sur la confiance entre les deux. Le spécialiste peut également être obligé d'utiliser, peut-être au détriment du patient,

⁵³⁶ Centre for Practical Ethics, Université York, mémoire au Comité, 2004.

⁵³⁷ Gordon DuVal et Francis Rolleston (2004), pp. 19.

de l'information qu'il a recueillie dans le cadre de sa relation clinique, dans un contexte de poursuite judiciaire ou administrative.

11.5 RÉPERCUSSION DES PROGRÈS DE LA GÉNÉTIQUE ET DES NEUROSCIENCES SUR L'ÉTHIQUE

11.5.1 La génétique et la santé mentale

D'après DuVal et Rolleston, la stigmatisation sociale importante liée à la maladie mentale donne lieu à des inquiétudes particulières en ce qui concerne la confidentialité de l'information génétique et les effets traumatisants que leur divulgation peut produire sur un groupe de la population qui est déjà vulnérable. La recherche génétique et les diagnostics en ce qui concerne les comportements peuvent être particulièrement inquiétants. Les recherches récentes indiquent que la découverte de liens entre des gènes particuliers et des troubles psychiatriques particuliers est peu probable. Il semble plus probable que les composantes génétiques de certains phénotypes sont le fait d'interactions complexes entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux.⁵³⁸ Il faut pourtant mettre en place des balises pour protéger les renseignements personnels confidentiels, en particulier ceux qui, par eux-mêmes ou s'ils sont reliés à d'autres renseignements, révèlent ou peuvent révéler un trouble mental ou de comportement.

DuVal et Rolleston ont expliqué que tenter d'informer adéquatement les patients ou leurs représentants en parlant de susceptibilité ou de risque pose des problèmes difficiles aux personnes atteintes de maladies mentales ou souffrant de toxicomanie. Les personnes atteintes, tout comme les personnes en santé, devront faire face à leur propre vulnérabilité à certains troubles. La stigmatisation sociale et les questions de protection de la vie privée compliquent cette problématique, d'autant plus qu'il peut y avoir un décalage entre les bienfaits thérapeutiques et la fiabilité des diagnostics. La génétique de la maladie mentale soulève également des questions difficiles pour les familles et les parents du patient ou du sujet d'une recherche, parce que les profils d'héritabilité sont souvent difficiles à prévoir. Il faut trouver l'équilibre entre le droit de l'individu de ne pas savoir et la nécessité de l'informer d'une prédisposition génétique. La façon de parvenir à cet équilibre dépendra en partie de la probabilité que le trouble se développe, du moment où il pourrait se manifester et des possibilités de prendre des mesures pour prévenir ou réduire les effets d'une future maladie mentale.⁵³⁹

Le Comité a également été renseigné sur l'« essentialisme génétique » – l'idée selon laquelle on peut définir ou caractériser les personnes uniquement à partir de leur matériel génétique. Cette idée soulève des préoccupations particulières en ce qui concerne les personnes atteintes de maladie mentale ou souffrant de toxicomanie. Les personnes ayant des défauts génétiques en viennent à penser qu'elles sont « anormales ». Cela touche également les décisions en matière de procréation, et la disponibilité des dépistages prénataux peut soulever des problèmes eugéniques pour certaines personnes. Étant donné que la stigmatisation sociale liée à la maladie mentale demeure importante, il peut y avoir de

⁵³⁸ *Ibid.*, p. 20-21.

⁵³⁹ *Ibid.* p. 21.

grandes inquiétudes par rapport à la discrimination pour les assurances, l'embauche, l'éducation, le logement et d'autres questions.⁵⁴⁰ Une bonne gestion de l'information en génétique prévisionnelle n'est généralement pas une tâche facile et elle l'est encore moins quand l'information porte sur des personnes atteintes de maladie mentale et sur qui pèse déjà la stigmatisation sociale.

11.5.2 Les neurosciences et la santé mentale

Les progrès récents de la technologie et des connaissances théoriques en neurosciences soulèvent de délicats problèmes éthiques et mettent en cause les notions traditionnelles du libre arbitre, de la responsabilité et du soi. Les réponses de la société à ces questions auront des effets profonds, peut-être aussi importants sinon plus que les questions relatives aux nouvelles technologies génétiques.

Nous ne présentons ici qu'un survol des problèmes soulevés par DuVal et Rolleston. Notre compréhension accrue des fonctions et des processus cérébraux de même que les progrès de la technologie de l'imagerie permettront de plus en plus d'identifier et de mesurer des comportements, des traits de personnalité et d'autres manifestations cérébrales et de les corrélérer avec des modifications observables du cerveau. L'emploi, l'éducation, les assurances, les actes judiciaires, l'immigration, le contre-terrorisme et d'autres activités sociales de même que les relations sociales sont autant d'aspects susceptibles d'être touchés par la capacité d'identifier et peut-être de prévoir des dispositions à certains comportements négatifs ou positifs, comme la violence, la dépendance, la malhonnêteté, le stress, la sympathie, la coopération, etc.⁵⁴¹

Les progrès en neurosciences permettront également de réaliser des améliorations cognitives et comportementales. DuVal et Rolleston soutiennent que, outre les questions éthiques importantes qu'elles suscitent, les technologies de l'amélioration de comportement, de la personnalité et des capacités cognitives soulèvent des préoccupations de justice sociale bien réelles en supposant que de telles technologies d'amélioration coûtent cher et ne soient disponibles qu'aux biens nantis de la société. De plus, alors la structure et les mécanismes cérébraux des manifestations cognitives sont de plus en plus décrits, la société devra peut-être revoir les notions universelles du libre arbitre, de la responsabilité et de l'imputabilité – la neuroscience de l'éthique. Dans un contexte judiciaire, par exemple, si un comportement criminel ou tout autre comportement aberrant s'explique par des différences dans la structure du cerveau ou dans une fonction cérébrale, sur quoi faudra-t-il se baser pour établir la responsabilité criminelle et déterminer la sanction à imposer?⁵⁴²

11.6 ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la recherche clinique sur les maladies mentales et la toxicomanie s'est accélérée au cours des deux dernières décennies et a permis d'importants progrès dans les traitements. Une grande partie de cette importante recherche

⁵⁴⁰ *Ibid.*

⁵⁴¹ *Ibid.*

⁵⁴² *Ibid.*

exige cependant la participation de sujets de recherche souffrant eux-mêmes de troubles mentaux.

Dans leur étude, DuVal et Rolleston insistent sur le fait que l'histoire de la recherche psychiatrique abonde de cas où les secteurs public et privé ont abusé de la vulnérabilité de malades mentaux, d'handicapés neurologiques et de personnes handicapés par un retard de développement qui ont servi de sujets de recherche. Un exemple particulièrement notoire est celui des essais cliniques parrainés par la CIA qui ont été faits dans les années 50 et au début des années 60 au Allan Memorial Institute à l'Université McGill sur des malades mentaux auxquels on avait administré des hallucinogènes à leur insu. L'histoire de ce traitement inacceptable de participants vulnérables a joué un rôle très important dans le mouvement exigeant une surveillance et une réglementation accrues de la recherche sur des sujets humains et constitue un antécédent important pour prendre en considération l'étude de l'éthique dans la recherche sur les maladies mentales et la toxicomanie.⁵⁴³

Les progrès de la recherche sur la santé mentale offrent de grands espoirs à ceux qui souffrent ou souffriront de maladies mentales et, dans quelques cas, aux sujets de recherche eux-mêmes. Bien que les personnes atteintes de maladie mentale puissent être vulnérables de diverses façons, les politiques et la réglementation en matière de recherche qui sont principalement axées sur leur vulnérabilité et leur déficience risquent de favoriser et peut-être exacerber la stigmatisation déjà ressentie par ce groupe. En revanche, il peut être injuste qu'une loi trop restrictive exclue les malades mentaux qui pourraient bénéficier d'une participation à la recherche.⁵⁴⁴

La recherche sur des personnes atteintes de maladie mentale ou souffrant de toxicomanie nécessite des précautions particulières. Bien que tous les sujets participant à la recherche clinique soient vulnérables jusqu'à un certain degré, la vulnérabilité des personnes participant à la recherche clinique sur les maladies mentales et la toxicomanie exige une attention particulière. Par contre, la majorité des personnes atteintes de maladie mentale fonctionne raisonnablement bien. En conséquence, il se pourrait qu'une trop grande attention portée à une réglementation spéciale en matière de recherche impliquant la majorité des personnes atteintes de maladie mentale soit inutile et stigmatisante. Toutefois, il ne fait aucun doute que les principes éthiques doivent être appliqués en portant attention aux vulnérabilités spécifiques aux personnes atteintes de maladie mentale.⁵⁴⁵

Un cadre éthique approprié pour l'éthique de la recherche psychiatrique établit un équilibre entre les protections rigoureuses des sujets humains et la reconnaissance des avantages sociaux et individuels considérables issus d'une recherche scientifique bien conçue et moralement acceptable. Les préoccupations éthiques qui sont pertinentes pour la recherche sur la santé mentale et qui font ressortir la nécessité d'une sensibilité et d'un discernement particuliers comprennent la capacité de prendre des décisions et les problèmes de conception de la recherche.

⁵⁴³ Gordon DuVal et Francis Rolleston (2004), p. 22.

⁵⁴⁴ *Ibid.*

⁵⁴⁵ *Ibid.* p. 23.

11.6.1 La capacité de prendre une décision

Cet aspect a été examiné de manière assez approfondie au début du présent chapitre. La capacité de prendre la décision de donner un consentement valable est une condition essentielle de la recherche avec des sujets humains. La vigilance qui s'impose pour évaluer la capacité de prendre des décisions et déterminer qui constitue la personne pertinente pour prendre ces décisions dans le contexte des soins cliniques, s'impose encore plus dans le contexte d'une recherche où la participation à l'étude n'est peut-être pas directement avantageuse pour le patient visé. Ainsi, l'article 21 du *Code civil du Québec* exige que, pour qu'un adulte inapte à consentir consente à participer à une recherche, le consentement d'autrui doit être donné non pas seulement par un membre de la famille (comme dans le contexte des soins requis par l'état de santé), mais plutôt le mandataire, le tuteur ou le curateur désigné officiellement. En raison de cette protection accrue cependant, les adultes inaptes qui n'ont pas de représentants désignés légalement ne peuvent pas participer à des recherches au Québec, sauf dans de rares situations d'urgence.

11.6.2 Les problèmes de la conception de la recherche

Certaines études ont subi un examen éthique particulier lors de leur utilisation en recherche psychiatrique à cause de leur risque inhérent et aussi de la population des sujets atteints de maladie mentale. Trois modèles d'étude ont soulevé des problèmes d'éthique particuliers.

- Essais contrôlés avec placebo : L'essai contrôlé avec placebo aléatoire est généralement accepté comme le concept « étalon-or » expérimental pour comparer l'efficacité et l'innocuité des médicaments. La comparaison au moyen du placebo est considérée par les organismes de réglementation comme la meilleure preuve d'efficacité et d'innocuité de nouveaux médicaments. Cependant, l'essai contrôlé avec placebo a été vivement critiqué quand un traitement efficace établi existe pour la maladie étudiée. Ces critiques ont surtout visé la recherche en psychiatrie, où le sujet participant au volet placebo ne reçoit pas le traitement efficace établi, dont il a grandement besoin, souffre des éventuels effets de l'élimination du médicament et peut retomber dans un état de maladie mentale pendant la durée de l'étude.
- Essais avec élimination d'un médicament : Un essai avec élimination est une étude dans laquelle les chercheurs interrompent la médication d'un sujet de manière à étudier ce dernier en l'absence de médicament ou pour entreprendre une nouvelle thérapie, souvent une thérapie expérimentale. Cela étant, la médication existante est interrompue, habituellement après réduction graduelle de la posologie. Typiquement, la période d'élimination doit être suffisamment longue pour que le médicament soit complètement éliminé de l'organisme du sujet, de manière que les effets résiduels de la médication qui a été retirée ne viennent pas fausser les résultats de l'étude ou entraîner des interactions médicamenteuses indésirables. Selon la conception particulière de l'essai ou la médication en cause, l'élimination peut durer indéfiniment ou jusqu'à la réapparition des symptômes aigus.
- Essais avec provocation : Une étude de « provocation » est un essai dans lequel un agent psychopharmacologique ou une provocation psychologique est administré à des sujets de recherche dans des conditions contrôlées pour mesurer ou observer la réaction comportementale ou une réaction neurobiologique à l'aide de l'imagerie

cérébrale, ou les deux. En psychiatrie, ces études se sont révélées extrêmement précieuses pour tester des hypothèses et caractériser une variété de processus neurochimiques et pathophysiologiques. La recherche de ce type peut mener à des prévisions améliorées de la réponse à un traitement et à de nouvelles thérapies efficaces.⁵⁴⁶

Pour que des essais cliniques contrôlés avec placebo soient considérés éthiquement acceptables, certaines conditions doivent être remplies. À l'heure actuelle au Canada, les cadres réglementaires et les lignes directrices nationales sur l'éthique en recherche imposent des conditions différentes. Une grande différence entre la *Directive tripartite harmonisée pour les bonnes pratiques cliniques* (E-10) de la *Conférence internationale d'harmonisation (CIH)* et l'*Énoncé de politique des trois Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* est que l'Énoncé de politique permet actuellement les essais contrôlés avec placebo uniquement lorsqu'il n'existe pas de traitement normalisé ou que le sujet est réfractaire au traitement normalisé ou refuse ce traitement, tandis que la Directive tripartite permet les essais contrôlés même lorsqu'il existe un traitement efficace établi, à condition qu'il n'y ait aucun risque de décès ou d'effet secondaire permanent. Les IRSC et Santé Canada ont lancé une grande initiative en vue d'examiner les principes scientifiques, éthiques et juridiques qui sous-tendent ces documents et d'harmoniser les politiques nationales relatives à l'utilisation pertinente des placebos dans les essais contrôlés avec placebo aléatoire. Le Comité encourage fortement les IRSC et Santé Canada à poursuivre ces efforts concertés visant à adopter et mettre en œuvre une politique nationale harmonisée.

Pour des raisons pratiques, les essais avec provocation exigent souvent que les sujets soient gardés dans l'ignorance ou, au mieux, soient partiellement informés des détails de l'étude. Même lorsque la capacité de prendre des décisions n'est pas compromise, cette exigence a clairement des conséquences éthiques en ce qui concerne le consentement informé.

Malgré une histoire qui comprend des abus graves, la recherche sur les maladies mentales et la toxicomanie est cruciale, en premier lieu pour ceux qui souffrent de troubles mentaux et pour ceux qui en souffriront. La recherche psychiatrique clinique soulève des dilemmes très sérieux du point de vue éthique. La vulnérabilité particulière qui entoure les maladies mentales et la toxicomanie exige que l'on fasse très attention dans la conception, l'examen et la conduite de la recherche.

11.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Comme nous venons de le voir, le Comité est fermement convaincu qu'un trop grand nombre des problèmes éthiques que soulèvent les maladies mentales et la toxicomanie découlent de la stigmatisation liée à ces troubles. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination par des campagnes de sensibilisation s'adressant aux professionnels de la santé, aux chercheurs et au grand public constituerait un pas important pour résoudre ces problèmes éthiques.

Les principes éthiques qui sous-tendent la prestation de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie – en particulier ceux de la bienfaisance et de la justice – doivent

⁵⁴⁶ *Ibid.*, p. 24-25.

être examinés avec soin et de manière opportune. Il est évident que les maladies mentales et la toxicomanie accusent un retard par rapport aux autres maladies et troubles pris en charge par le système de santé canadien. Elles sont technologiquement moins avancées et dangereusement plus fragmentées, et l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données empiriques afin de faire connaître les pratiques exemplaires n'est pas aussi avancée que dans d'autres spécialités. Pour ces raisons, le Comité est fermement convaincu que la prévention et le traitement des maladies mentales et de la toxicomanie devraient être coordonnés dans l'ensemble du vaste éventail de services potentiels offerts dans le cadre des soins de santé ou en marge de ces soins, et devraient être prioritaires dans les décisions relatives à l'affectation de ressources limitées.

Le Comité reconnaît que la capacité de prendre des décisions peut être affaiblie par la maladie mentale et la toxicomanie et que les troubles mentaux ne réduisent pas tous cette capacité. En outre, la capacité de prise de décisions de ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie peut être réduite à divers degrés et à divers moments. Étant donné la structure des lois actuelles qui tirent des conclusions assez rigides sur la présence ou l'absence de capacité de prise de décision, et la rigidité relative qui empêche de modifier ou d'adapter les régimes de protection, il faudrait un débat plus complet sur la manière de tenir compte de la capacité partielle et variable de prendre des décisions pour soi-même. Il faut trouver un bon équilibre entre le respect du droit individuel à l'autonomie et la nécessité de protéger des personnes vulnérables lorsque leur capacité de prendre des décisions est affaiblie à cause d'une maladie mentale ou de la toxicomanie.

En ce qui concerne la protection des renseignements personnels et la confidentialité, le Comité est bien conscient que toute érosion des mesures de protection dans ces domaines peut avoir de graves conséquences sur la confiance que les patients placent dans ceux qui leur dispensent des soins. Toutefois, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les témoins nous ont déclaré que la stricte observance des règles relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité va parfois à l'encontre des intérêts des personnes dont la santé mentale est compromise. Il faut reconnaître les difficultés particulières que les témoins nous ont décrites lorsqu'on élabore, interprète et applique les règles en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité, afin que les prestataires de soins de santé et les aidants membres de la famille puissent donner aux patients l'appui dont ils ont parfois besoin.

Comme il l'a indiqué dans le chapitre 10, le Comité appuie fortement la recherche en maladie mentale et en toxicomanie. Cette recherche constitue la pierre angulaire des futurs progrès des traitements et de la prévention. La recherche sur des sujets humains doit être conçue et exécutée dans le respect des normes scientifiques et éthiques les plus élevées et doit protéger la dignité des individus et des familles qui apportent cette contribution précieuse aux progrès scientifiques.

Le Comité reconnaît que les personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie constituent des sujets de recherche particulièrement vulnérables. Il est donc primordial de protéger les droits et le bien-être de ces personnes qui participent aux recherches, tout en encourageant la recherche éthiquement responsable. Mais les progrès de la recherche ne devraient pas être poursuivis aux dépens des droits de la personne et de la dignité humaine. Par contre, les protections ne devraient pas non plus être si strictes qu'elles accentueraient la

stigmatisation sociale qui découle déjà de la maladie mentale et de la toxicomanie et pourraient exclure cette population vulnérable de recherches cruciales susceptibles d'améliorer les connaissances scientifiques sur son état et même d'être bénéfiques sur le plan individuel.

Il est évident qu'il faut effectuer de la recherche interdisciplinaire pour résoudre correctement un grand nombre des délicats problèmes éthiques, juridiques et socioculturels que posent les maladies mentales et la toxicomanie. Le Comité a été informé de la nécessité d'effectuer ces recherches de manière exhaustive et fondamentale. Dans une lettre au Comité, le D^r Julio Arboleda-Florez, professeur et chef du Département de psychiatrie, Université Queen's, a indiqué qu'il y a un besoin pressant d'intensifier les recherches en éthique de la santé mentale et en éthique de la recherche afin de trouver des solutions efficaces à des problèmes tels que ceux dont il a été question dans le présent chapitre :

Il ne se fait pas beaucoup de recherches appliquées au Canada ou ailleurs; on ne peut pas parler non plus de capacité d'organisation ou de capacité financière. [...] La recherche appliquée qui vérifierait la perception dans la société des concepts éthiques et leur concrétisation, leur portée transculturelle et leurs conséquences en termes de dissonances d'une culture à l'autre, leur acceptation dans la population, leur signification sociale, leur facilité d'application ou même leur utilité, fait cruellement défaut, de sorte que ce domaine de recherche est en passe de s'enliser.⁵⁴⁷

Nous croyons que le Canada pourrait jouer un important rôle de leadership à cet égard, à l'échelle nationale et internationale.

Enfin, le Comité convient avec les experts qu'il faut examiner avec soin les préoccupations sérieuses et complexes soulevées dans le contexte de la recherche en neurosciences et en génétique afin de mieux comprendre les valeurs et principes qui sous-tendent ces technologies et d'autres technologies de la médecine moderne dont l'évolution et les progrès sont très rapides.

⁵⁴⁷ D^r Julio Arboleda-Florez, mémoire au Comité, 5 novembre 2003.

CONCLUSION

Le présent rapport est le premier document complet sur les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie au Canada. Il représente, pour la première fois, une analyse historique, un cocktail unique de survol du problème, de constat de la situation et d'évaluation de la prestation des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. En décrivant les problèmes auxquels sont confrontées les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, il jette les bases nécessaires pour mieux appréhender les besoins en santé mentale des Canadiens et des Canadiennes.

Ce rapport est fondé sur le témoignage de nombreux experts de même que sur un examen de la documentation pertinente. Il se veut un document de référence utile pour toute personne qui voudrait participer à la phase d'étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie que le Comité entamera au printemps 2005.

À l'occasion de cette prochaine étape, le Comité tiendra de vastes audiences publiques, partout au pays, afin de recueillir le point de vue des Canadiens et des Canadiennes sur la façon de réformer et de restructurer la prestation des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Nous espérons que notre rapport final, qui sera publié après ces audiences en novembre 2005, servira de catalyseur à un débat informé sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

ANNEXE A:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
TROISIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)**

ORGANISMES	NOM	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	1er 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

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15
	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 minister 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		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes	6 mai 2003	14
	Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes		
	Jacques Hendlisz, directeur général		
	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		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
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
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
	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	1er 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

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
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	1er mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
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	1er mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Montréal	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	6 mai 2003	14
	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 recherché sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		
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

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
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
Université de Toronto	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16

ANNEXE B:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
DEUXIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003)**

ORGANISMES	NOM	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	1er 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	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	1er 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	1er avril 2004	5

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-grant, spécialiste en ressources humaines	1er 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

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la <i>(par vidéoconférence)</i>	David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale	5 mai 2004	8
	Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris		
	Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale		
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	1er avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
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
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	1er avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health <i>(par vidéoconférence)</i>	Michael Hogan, président	1er avril 2004	5

ANNEXE C:

**LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU
COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS
LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE**

GROUPE CANADIEN DE RECHERCHE

Action cancer Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en soins palliatifs, directeur de la Manitoba Palliative Care Research Unit d'Action cancer Manitoba
Hôpital Douglas, Centre de recherche de l'	Ashok Mall, MD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada pour l'étude des premiers stades de la psychose, professeur en psychiatrie à l'Université McGill
Université Carleton	Dr Hymie Anisman, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neuroscience, chercheur supérieur attaché à la Fondation ontarienne de santé mentale
Université de l'Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, professeur et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neurochimie et en développement de médicaments
Université du Manitoba, Faculté de médecine de l'	Brian J. Cox, docteur en psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les troubles de l'humeur et sur les troubles anxieux, professeur agrégé de psychiatrie
Université McGill	Eric Fombonne, MD, MCRMC (Psych.), titulaire d'une chaire de recherche du Canada en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, directeur du Département de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Montréal

DOYEN D'UNIVERSITÉ

Centre universitaire de santé McGill	Joel Paris, MD, professeur titulaire et directeur du Département de psychiatrie
Hôpital général de Kingston	Samuel K. Ludwin, MBB, Ch., MCRMC, vice-président du développement à la recherche
Université de l'Alberta	Dr L. Beauchamp, doyen de la Faculté d'éducation
Université de l'Ouest de l'Ontario	Dr Carol P. Herbert, doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université de Sherbrooke	Pierre Labossière, ing., PhD, vice-recteur adjoint à la recherche

GROUPE RELATIF À LA MALADIE

CRSNG	Thomas A. Brzustowski, président
La Fondation ontarienne de la santé mentale	Howard Cappell, PhD, c. psych., directeur exécutif
Société canadienne de schizophrénie	Fred Dawe, président

INDUSTRIE

Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, vice-président des Affaires générales de la société
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, vice-président des Affaires publiques
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	Murray J. Elston, président
Merck Frosst Canada Ltée	André Marcheterre, président
Roche Pharmaceutiques	Ronnie Miller, président-directeur général

GROUPE D'ÉTHIQUE EN SANTÉ MENTALE

Armée du Salut - Territoire du Canada et des Bermudes	Glen Shepherd, colonel et secrétaire en chef
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill	Maurice Dongier, professeur en psychiatrie
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Paul E. Garfinkel, MD, FRCP, président-directeur général
Hôpital St-Paul	Mark Miller, éthicien
Office régional de la santé de Winnipeg	Linda Hughes, présidente du Comité d'éthique en santé mentale de l'ORSW
St-Joseph's Health Care Centre du Parkwood Hospital de London	Maggie Gibson, PhD, psychologue du Programme des soins aux anciens combattants
Université de l'Alberta	Genevieve Gray, doyenne et professeure de la Faculté en soins infirmiers
Université de l'Alberta, Faculté des sciences infirmières et Centre John Dossetor d'éthique en santé de l'	Wendy Austin, inf. aut., titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Université de la Colombie-Britannique	Peter D. McLean, PhD, professeur et directeur de l'Unité des troubles anxieux
Université de l'Ouest de l'Ontario	Nancy Feduk, adjointe exécutive au doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université Queen's	J. Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie
Université York	David Shugarman, directeur

PRÉSIDENT D'UNIVERSITÉ

Institut de recherches en santé mentale de l'Université d'Ottawa	Zul Merali, PhD, président-directeur général
Université de Lethbridge	Lynn Basford, doyenne de la Faculté en sciences de la santé
Université McGill	Heather Munroe-Blum, professeure d'épidémiologie et de biostatistiques

RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

Association canadienne de la santé mentale	Bonnie Pape, directrice des programmes et de la recherche au Bureau national de l'Association canadienne de la santé mentale
Cabinet du vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa	Yvonne Lefebvre, PhD, vice-présidente associée à la recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Rémi Quirion, directeur scientifiques de l'INSMT
Centre universitaire de santé McGill	Juan C. Negrete, MD, MCRMC, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, président de la Section des toxicomanies, de l'Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	David K. Conn, MB, MCRMC, coprésident de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, professeur agrégé du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	J. Kenneth Le Clair, MD, MCRMC, coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeur et directeur de l'Unité de gériatrie du Département de psychiatrie de l'Université Queen's, directeur clinique du Programme spécialisé de psychiatrie gériatrique
Développement des ressources humaines Canada	Deborah Tunis, directrice générale du Bureau de la condition des personnes handicapées

The Family Council : Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, coordonnatrice du Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, affiliée au Centre de toxicomanie et de santé mentale	Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général
Hôpital d'Ottawa	Paul Roy, MD, MCRMC, professeur adjoint en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur du programme « Premier épisode pour les maladies psychotiques » d'Ottawa
Hôpital royal d'Ottawa	J. Paul Fedoroff, MD, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur de recherche au Service médico-légal de l'Institut de recherche en santé mentale
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Michel Perreault, PhD, chercheur à l'Hôpital Douglas
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr. Jeff Reading, PhD, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones
Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick	Ken Ross, sous-ministre adjoint
ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone	Judith G. Bartlett, MD, CMFC
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, MD, MCRMC, psychiatre
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre de l'Université de Toronto	N. Herrmann, médecin, MCRMC
Syncrude	Eric P. Newell, président-directeur général
Unité de l'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique	Elliot Goldner, MD, MScS, MCRMC, chef de la Division de la politique et des services de santé mentale

Université Dalhousie, Département de psychologie de l'	Patrick J. McGrath, OC, PhD, MSRC, titulaire de la chaire Killam de psychologie, professeur de pédiatrie et de psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada, psychologue au IWK Hospital
Université Dalhousie, Faculté de médecine de l'	David Zitner, PhD, directeur en informatique médicale
Université d'Ottawa, École de psychologie de l'	John Hunsley, PhD, c. psych., professeur en psychologie
Université d'Ottawa, Faculté de médecine de	Jacques Bradwejn, MD MCRMC, DABPN, président du Département de psychiatrie
Université McMaster	Docteur Richard P. Swinson, MD, MCRMC, titulaire de la chaire Morgan Firestone de psychiatrie et de neurosciences du comportement à l'Université McMaster, chef du Département de psychiatrie du St. Joseph's Healthcare Centre