

SENATE



SÉNAT

RAPPORT 4

Proposition de création d'une Commission canadienne de la santé mentale

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 2005

This document is available in English



Disponible sur l'internet parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat – Rapports)
38^e législature – 1^{ère} 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 4
PROPOSITION DE CRÉATION D'UNE
COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

Président

L'honorable Michael J.L. Kirby

Vice-président

L'honorable Wilbert Joseph Keon

Novembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
ORDRE DE RENVOI	ii
SÉNATEURS	iii
1. RAISON D'ÊTRE: POURQUOI FAUT-IL CRÉER UNE COMMISSION? ...	1
2. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE.....	3
3. MISSION/MANDAT DE LA COMMISSION	3
4. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION	4
5. ACTIVITÉS DE LA COMMISSION.....	5
6. COMPOSITION DU CONSEIL DE LA COMMISSION.....	8
7. PERSONNEL DE LA COMMISSION	9
8. FINANCEMENT DE LA COMMISSION.....	9
ANNEXE	I

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.

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 20 octobre 2005 :

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Pépin,

Que par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie 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 (la santé mentale et la maladie mentale), soit habileté à présenter son rapport final au plus tard le 30 juin 2006 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 octobre 2006;

Que le Comité soit autorisé, nonobstant les pratiques habituelles, à déposer son rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas, et que ledit rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTATION :

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
Andrée Champagne
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Marjory LeBreton
Viola Léger
Lucie Pépin
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, Dyck, Forrestall, Johnson, Kinsella, Léger (retraitee), Lynch-Staunton, Mercer, Milne, Morin (retraitee), Murray, Pearson, Robertson (retraitee), St.Germain, Stratton et Tardif.

PROPOSITION DE CRÉATION D'UNE COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

1. RAISON D'ÊTRE: POURQUOI FAUT-IL CRÉER UNE COMMISSION?

Dans le rapport final qu'il rendra bientôt public sur la santé mentale, les troubles mentaux et les toxicomanies au Canada, *Enfin sortis de l'ombre*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie va recommander la création d'une Commission canadienne de la santé mentale. Plusieurs facteurs l'ont incité à présenter cette recommandation au gouvernement.

- a) Même si les travaux du Comité — et surtout les mesures récemment prises par les gouvernements provinciaux — ont commencé à focaliser une attention dont nous avons grand besoin sur la santé mentale, le fait demeure qu'on a négligé pendant bien des années tous les problèmes complexes et tentaculaires de la santé mentale et des toxicomanies dans la société canadienne. La Commission canadienne de la santé mentale sera un point focal national (*et non fédéral*) dont nous avons grand besoin pour faire en sorte que les questions concernant la santé mentale soient au cœur des débats sur la politique publique au Canada tant qu'on n'aura pas trouvé et appliqué des solutions efficaces.
- b) Les gens les plus directement affectés par ce problème sont ceux qui vivent avec une maladie mentale, leurs familles, leurs amis et leurs employeurs, mais quand on sait qu'un Canadien ou une Canadienne sur cinq aura de graves problèmes de santé mentale dans sa vie, presque chacun et chacune d'entre nous souffriront directement ou indirectement d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie, voire de ces deux fléaux. Bref, les maladies mentales sont vraiment un problème d'envergure nationale.
- c) Aucun palier de gouvernement ne dispose à lui seul des ressources nécessaires pour surmonter toute la gamme des problèmes de santé mentale. On ajoutera une valeur substantielle aux ressources de chacun par la création d'un point focal national, particulièrement en ce qui concerne l'échange d'information et la facilitation de la collaboration entre les gouvernements, d'une part, et entre les gouvernements et les intervenants, d'autre part.
- d) Dans le secteur privé, le coût du traitement des maladies mentales et des toxicomanies est la partie des dépenses consacrées aux soins de santé qui augmente le plus rapidement. Comme on estime que les deux coûtent aux compagnies canadiennes quelque 18 milliards de dollars par année, leurs implications tant économiques que sociales sont évidentes et inquiétantes pour tout le monde.
- e) À tous les paliers de gouvernement, la responsabilité des problèmes de santé mentale est dispersée entre plusieurs ministères et organismes (santé, services sociaux, logement, etc.). Or, il est notoirement difficile de gérer des problèmes transcendant

les limites entre ministères et organismes; les façons vraiment efficaces de le faire sont rarissimes. La Commission canadienne de la Santé mentale aidera tous les gouvernements à cet égard en facilitant l'échange d'information sur les pratiques exemplaires, pour surmonter ce problème interministériel classique.

- f) Il n'existe pas non plus de mécanisme dont les intervenants dans le secteur de la santé mentale peuvent se servir pour échanger et diffuser facilement les connaissances et l'information sur les pratiques exemplaires d'un océan à l'autre. Un Centre national d'échange des connaissances doit donc faire partie intégrante de la Commission canadienne de la santé mentale.
- g) Il faut aussi que les Canadiens et les Canadiennes soient mieux sensibilisés à la réalité des maladies mentales. Nous devons les encourager à comprendre ceux qui vivent avec une maladie mentale et une toxicomanie ainsi qu'à se montrer plus tolérants envers eux. À ces fins, nous devons organiser une campagne nationale pour combattre la stigmatisation et la discrimination associées aux maladies mentales. La façon la plus efficace de gérer une telle campagne à l'échelle nationale sera de la confier à la Commission canadienne de la santé mentale.

Le Comité a envisagé d'autres solutions que la création d'une commission comme celle-là, mais il a fini par conclure qu'aucune organisation existante n'a un mandat qui englobe (ou qui pourrait être modifié pour englober) la majorité des facteurs susdésignés.

Bien que la santé mentale soit naturellement du ressort du Conseil canadien de la santé, son président, Michael Decker, a déclaré au Comité qu'il faudra des années avant que le programme extrêmement chargé du Conseil ne soit suffisamment avancé pour qu'il puisse s'attaquer à la santé mentale comme elle le mérite. En effet, le mandat du Conseil prévoit notamment le suivi du rendement de tous les systèmes gouvernementaux de soins de santé, tandis que la Commission canadienne de la santé mentale dont le Comité propose la création n'aura *aucun* rôle à jouer dans le suivi du rendement d'un gouvernement quelconque pour surmonter les problèmes de la santé mentale et de toxicomanie; c'est clairement précisé.

Le mandat du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est trop limité pour englober toute la gamme des problèmes de santé mentale auxquels le Comité sénatorial s'intéresse. Qui plus est, ce Centre n'est investi d'aucun rôle de changement des attitudes du public.

C'est pourquoi une nouvelle organisation nationale s'impose.

Il faut toutefois souligner que le succès de la Commission proposée pour contribuer à l'amélioration de la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes dépendra du facteur critique qu'est la mise en place de structures solides et de responsables déterminés, au palier provincial et territorial, pour traduire la politique, les connaissances et les idées en actions concrètes. Cela vaut aussi pour les services de santé mentale que le gouvernement fédéral offre par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi que par celui de Service correctionnel Canada.

Le Comité entend que la démarche de la Commission canadienne de la santé mentale soit le complément des réalisations des structures existantes et des responsables aux paliers fédéral, provincial et territorial.

Enfin, et c'est compatible avec sa conviction que les solutions structurales d'un problème quelconque ne devraient pas être permanentes, le Comité va recommander que la Commission soit dissoute après dix ans d'existence.

2. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

La Commission doit :

- être une organisation indépendante sans but lucratif sans aucun lien de dépendance tant des gouvernements que de toutes les « organisations d'intervenants » existantes dans le domaine de la santé mentale;
- focaliser ses activités sur ceux qui vivent avec une maladie mentale et sur leurs familles;
- faire fond sur les initiatives déjà entreprises, en être le complément et éviter la duplication des rôles et des activités de ceux qui œuvrent actuellement dans le domaine de la santé mentale;
- établir des partenariats avec les gouvernements, les employeurs, les organisations de recherche et les fournisseurs de services dans le domaine de la santé mentale, les autres organisations de soins de santé et toute la gamme des intervenants nationaux et internationaux dans le domaine de la santé mentale;
- insister sur les politiques de la santé mentale et sur les méthodes de prestation des services basées sur des preuves;
- analyser et évaluer rigoureusement ses propres activités et en faire rapport, afin de s'assurer qu'elles sont adéquates et efficaces ainsi que de maintenir sa crédibilité aux yeux des gouvernements, des intervenants qui collaborent avec elle et du public canadien.

3. MISSION/MANDAT DE LA COMMISSION

La Commission a pour mandat :

- de faciliter, rendre possible et appuyer une approche nationale en vue de résoudre les problèmes de santé mentale;
- d'être le catalyseur de la réforme des politiques sur la santé mentale et des améliorations de la prestation des services;
- d'être un point focal national de l'information objective et basée sur les preuves quant à tous les aspects de la santé mentale et des maladies mentales;

- d'être une source d'information pour les gouvernements, les intervenants et le public en ce qui concerne la santé mentale et les maladies mentales;
- de sensibiliser tous les Canadiens et toutes les Canadiennes à la santé mentale et d'accroître leurs connaissances en la matière, particulièrement chez ceux qui jouent des rôles de leadership, comme les employeurs, les membres des professions de la santé, les enseignants, etc.;
- d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les Canadiens et les Canadiennes vivant avec une maladie mentale de même que leurs familles.

4. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Pour s'acquitter de sa mission, la Commission va établir des relations de collaboration équivalant à des partenariats avec les gouvernements, les employeurs, les organisations d'intervenants dans le domaine de la santé mentale, les professionnels administrant des traitements, les chercheurs et plus particulièrement tous les Canadiens et toutes les Canadiennes qui vivent avec des maladies mentales de même que leurs familles. Elle va établir de ces relations avec les organisations existantes comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association des psychiatres du Canada, l'Alliance canadienne pour la santé mentale, la Table ronde des entreprises sur la santé mentale et les toxicomanies, le Centre pour la santé mentale et les toxicomanies, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Agence de santé publique du Canada, le Comité fédéral-provincial-territorial sur la toxicomanie, le ministère fédéral et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, ainsi que toutes les organisations intéressées œuvrant dans le secteur de la santé mentale et des toxicomanies.

Les fonctions de coordination et le rôle de collaboration de la Commission l'aideront aussi bien à réduire la duplication des efforts qu'à faciliter la coopération entre tous les intervenants, surtout les gouvernements et les fournisseurs de services.

Pour remplir son mandat de collaboration, la Commission va former plusieurs comités consultatifs qui s'ajouteront à ses partenariats. Même s'il lui reviendra de décider du nombre et de la composition de ces comités consultatifs, deux vont être incontournables, l'un composé de représentants du gouvernement fédéral et de chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux, et l'autre de représentants des communautés autochtones du Canada.

La Commission va aider les gouvernements, les employeurs et les fournisseurs de services en évitant les affrontements parce qu'elle va reconnaître le caractère unique des conditions dans lesquelles les politiques et les services en matière de santé mentale sont appliquées et offerts dans chaque communauté. Néanmoins, chaque communauté peut profiter de l'expérience d'autrui, particulièrement grâce au lien entre les services de santé mentale les plus efficaces et les soins primaires et communautaires, des domaines dans lesquels l'échange d'information sur les pratiques exemplaires serait particulièrement utile aussi bien pour les communautés désireuses d'accroître l'efficacité de leurs propres services que pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

5. ACTIVITÉS DE LA COMMISSION

Les activités de la Commission peuvent être réparties en sept grandes catégories.

a) *Planification stratégique*

- Proposer des buts en matière de santé mentale et de maladies mentales ainsi qu'un cadre d'élaboration d'un plan stratégique national en vue de les atteindre, en sachant qu'un tel plan doit :
 - tenir compte du régime fédéral et des régimes provinciaux et territoriaux existants en matière de santé mentale;
 - refléter le fait que la responsabilité gouvernementale en matière de santé mentale est fondamentalement interministérielle (autrement dit pas limitée aux ministères de la Santé);
- Fournir de l'information aux gouvernements, aux intervenants et au public sur les questions de santé mentale. (L'annexe donne une idée plus détaillée des avantages découlant du fait que la Commission sera une source d'information sur ces questions pour les gouvernements.);
- Faire annuellement rapport à la conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé et des sous-ministres responsables des services sociaux;
- Veiller à ce que les questions sur lesquelles elle se concentre à un moment quelconque soient compatibles avec les intérêts de son Conseil et de ses comités, tels qu'ils évolueront avec le temps.

b) *Collaboration avec les intervenants*

- Promouvoir l'adoption des meilleures pratiques cliniques et des pratiques optimales de prestation des services;
- Promouvoir l'intégration des services de santé mentale et de soins primaires, par exemple en diffusant de l'information sur les modèles coopératifs couronnés de succès visant à assurer des soins intégrés dans tout le Canada et à l'étranger;
- Travailler de concert avec les employeurs et les organisations comme la Table ronde des entreprises sur la santé mentale, les maladies mentales et les toxicomanies en vue de concevoir des programmes visant à réduire le fardeau de la maladie mentale et des toxicomanies pour ceux qui en souffrent et pour l'économie.

c) *Regroupement des intervenants en matière de toxicomanies et de maladies mentales*

- Favoriser une collaboration accrue des intervenants en matière de toxicomanies et de maladies mentales en vue d'améliorer les services et les mécanismes de

soutien pour les nombreux toxicomanes qui souffrent aussi de maladies mentales;

- Fournir de l'information sur les façons d'intégrer le plus efficacement et avec le plus d'efficacité les services à l'intention des personnes souffrant simultanément de différents troubles;
- Faire connaître les pratiques provinciales et territoriales exemplaires à cet égard;
- Collaborer avec les autres organisations, comme le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

d) Éducation et sensibilisation du public

- Mettre en œuvre un programme national anti-stigmatisation pour sensibiliser les Canadiens et les Canadiennes à la réalité de la maladie mentale, dans le but ultime d'éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes et les familles vivant avec des maladies mentales;
- Monter des campagnes de communication ciblées sur des aspects précis des maladies mentales (p. ex. les signes de grave dépression) visant des auditoires spécifiques (p. ex. les enfants d'âge scolaire);
- Sensibiliser les Canadiens et les Canadiennes aux moyens d'optimiser leur santé mentale et celle de leurs êtres chers;
- Promouvoir la santé mentale de la population et la prévention des maladies mentales ainsi que des toxicomanies;
- Parrainer des activités telles que des conférences, des séminaires et un programme de distinctions annuelles pour reconnaître le mérite des gens qui ont fait preuve d'un leadership exceptionnel dans le domaine de la santé mentale.

e) Échange de connaissances

- Créer un Centre d'échange des connaissances national basé sur Internet pour assurer la diffusion de l'information sur la santé mentale;
- Assurer le suivi de l'évolution nationale et internationale des politiques et des services de santé mentale et, le cas échéant, intégrer les renseignements obtenus dans le site Web du Centre d'échange des connaissances;
- Assurer l'accès au Centre d'échange des connaissances pour les gens vivant avec des maladies mentales, leurs familles et ceux qui les soignent, les employeurs, les chercheurs, les gouvernements et les autres intervenants;
- Établir des liens entre le Centre d'échange des connaissances et les sites pertinents exploités par les gouvernements provinciaux et les groupes d'intervenants.

f) *Encouragement de la recherche*

- Par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada, recueillir régulièrement des données sur la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes, afin de donner accès aux chercheurs et aux gouvernements à une base de données exhaustive sur son site Web;
- Encourager les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à subventionner des recherches sur les structures et/ou les mécanismes optimaux pour offrir de la façon la plus efficiente possible la vaste gamme de services dont les personnes vivant avec des maladies mentales et des toxicomanies ont besoin;
- Encourager les IRSC à subventionner des recherches sur les façons de mesurer les résultats obtenus par les services de santé mentale, afin que les gouvernements puissent déterminer le degré de succès et d'efficacité de leurs programmes en matière de santé mentale.

g) *Publication d'information*

- Publier des études, des rapports et d'autres documents sur la santé mentale;
- Établir des mesures à l'aune desquelles les gouvernements pourront contrôler le rendement de leurs systèmes de soins de santé mentale, au fil des années;
- Établir des exigences de capacité repères pour différents types de services, dans l'ensemble du continuum des services de santé mentale.

La Commission va aussi bien faire réaliser des projets à contrat qu'entreprendre elle-même les travaux compatibles avec sa mission pour le compte de diverses institutions canadiennes et internationales, comprenant à la fois les gouvernements et les organisations non gouvernementales.

Il est important de souligner que la Commission doit être consultative et facilitatrice, *pas* opérationnelle.

Plus précisément, la Commission *ne va pas* :

- fournir elle-même des services quelconques, sauf en gérant le Centre d'échange des connaissances et sa campagne régionale anti-stigmatisation ou dans le contexte de ses activités à contrat pour d'autres institutions;
- contrôler le rendement d'un gouvernement quelconque en ce qui concerne ses services de santé mentale; elle va reconnaître explicitement que l'approche de chacun des gouvernements pour la prestation des services de santé mentale doit refléter les caractéristiques particulières de sa compétence.

6. COMPOSITION DU CONSEIL DE LA COMMISSION

La Commission sera constituée en vertu d'une loi fédérale expresse ou d'une autre loi appropriée (p. ex. en tant que société sans but lucratif).

Il faudra respecter deux principes dans la composition du Conseil de la Commission :

- premièrement, comme on l'a vu dans les principes directeurs susdécrits, la Commission va fonctionner « sans aucun lien de dépendance tant des gouvernements que de toutes les organisations d'intervenants existantes dans le domaine de la santé mentale »; par conséquent, aucun groupe d'intervenants, quel qu'il soit, même un gouvernement, ne devrait être représenté au Conseil par une majorité de ses membres;
- deuxièmement, pour maximiser son efficacité, le Conseil ne devrait pas être trop gros. Pour assurer une contribution suffisante de tous les groupes d'intervenants, on usera judicieusement du mécanisme des comités consultatifs (y compris le comité consultatif gouvernemental fédéral-provincial-territorial et le Comité consultatif des Autochtones dont il a déjà été question).

Ces deux contraintes, combinées avec les précédents établis pour la composition des conseils d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Institut pour la sécurité des patients, ont incité le Comité à recommander que le Conseil de la Commission canadienne de la santé mentale soit composé de 19 membres, un tiers environ représentant les gouvernements et les deux autres tiers n'ayant aucun rapport avec un gouvernement.

Par conséquent, le Conseil de la Commission sera composé de :

- a) cinq membres nommés par les gouvernements provinciaux, soit :
 - un de la province de l'Atlantique, un du Québec, un de l'Ontario et deux des provinces de l'Ouest.
- b) un membre nommé conjointement par les trois gouvernements territoriaux.
- c) un membre nommé par le gouvernement fédéral.
- d) onze membres choisis par les sept nommés par les gouvernements, pour représenter une vaste gamme d'intervenants dans les questions de santé mentale, y compris ceux qui vivent avec des maladies mentales, leurs familles, ceux qui les soignent, les fournisseurs de services et les professionnels de la santé ainsi que les employeurs; aucune de ces onze personnes ne doit représenter une organisation particulière et chacune d'entre elles doit être largement considérée comme représentative de la communauté de la santé mentale en général.
- e) un président ne représentant pas un gouvernement (le Commissaire canadien de la santé mentale), choisi par les sept membres nommés par les gouvernements.

Les membres du Conseil seront nommés pour des mandats de trois ans renouvelables une fois. Tous, même le commissaire, serviront à temps partiel.

7. PERSONNEL DE LA COMMISSION

Le personnel à temps plein de la Commission, qui comptera au départ de 25 à 30 personnes, relèvera d'un directeur exécutif.

8. FINANCEMENT DE LA COMMISSION

La totalité du financement (le Comité sénatorial étudie actuellement son montant) sera assuré par le gouvernement fédéral. Le budget sera composé :

- d'un financement de base pour le Conseil, le personnel et les activités de la Commission;
- d'un financement « réservé » à la constitution et à la gestion du Centre d'échange de connaissances;
- d'un financement « réservé » à l'éducation du public ainsi qu'à la campagne anti-stigmatisation et aux autres campagnes de communication.

Tous les gouvernements devront surmonter des myriades de problèmes dans leurs efforts en vue d'améliorer les services à l'intention des personnes souffrant de maladies mentales. Bien que certains de ces problèmes soient limités à une compétence, de nombreux autres sévissent partout. C'est à l'égard de ces derniers problèmes que la Commission peut jouer un rôle utile pour tous les gouvernements, en leur fournissant de l'information sur ce qui s'est révélé plus efficace dans les autres provinces et les autres pays (autrement dit sur les pratiques exemplaires), ce qui permettra à chaque gouvernement d'éviter de devoir lui-même recueillir et évaluer l'information.

Voici quatre exemples pour illustrer ce raisonnement.

a) Décisions d'investissement stratégiques

Pour planifier efficacement la transformation du système de prestation des services de santé mentale dans toute la gamme des services provinciaux, régionaux et communautaires, il est d'importance critique que les gouvernements aient de l'information basée sur des preuves quant aux pratiques les plus efficaces ailleurs au Canada et dans les autres pays industrialisés. Faute de cette information, les gouvernements n'ont guère de défense contre les pressions visant à leur faire adopter des politiques et des pratiques particulières fondées seulement sur des données anecdotiques ou sur des modes passagères.

En recueillant et en évaluant les pratiques d'ailleurs, la Commission aura le leadership nécessaire pour arriver à un consensus naturel sur les pratiques exemplaires.

b) Prestation des services de soins de santé primaires et communautaires

On tente dans tout le pays des expériences de nouvelles façons d'intégrer les services de soins de santé mentale dans les cliniques multidisciplinaires de soins primaires et de prestation de soins communautaires. L'évaluation de l'efficacité de ces expériences et la constitution d'une base de comparaison des pratiques exemplaires fondées sur des preuves sera très utile tant pour les gouvernements que pour les fournisseurs de services.

c) Maladies mentales chroniques

Les gens souffrant de maladies mentales chroniques ont besoin de différents services, dont beaucoup (les logements sociaux, par exemple, ainsi que divers types de programmes de soutien du revenu et de formation) ne sont pas offerts par les ministères de la Santé. Étant donné qu'ils relèvent habituellement de différents ministères, les gouvernements n'ont souvent pas

de mécanisme de coordination de toute la gamme des services dont une même personne peut avoir besoin. Puisqu'aucun ministère n'est seul responsable d'une personne souffrant d'une maladie mentale, même un gestionnaire de cas dynamique — qui est manifestement un élément de la solution du problème — a fatalement de la difficulté à transcender les limites entre ministères, et le problème est d'autant plus ardu que certains de ces services, comme les logements sociaux, ont perdu depuis quelques années la faveur politique qu'ils avaient.

La Commission va aider les gouvernements à cet égard de deux façons :

- premièrement en évaluant les mécanismes auxquels on a eu recours ailleurs pour coordonner efficacement la prestation de services pluriministériels à l'intention d'une même personne et en proposant aux gouvernements des options.
- deuxièmement en déterminant les lacunes des services nécessaires et en encourageant les gouvernements à les combler.

d) Ressources humaines pour la prestation des services de santé mentale

La pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé mentale voire dans toutes les spécialités de la prestation des services à cet égard est largement reconnue. Il est reconnu aussi que les programmes existants de formation (et les programmes conçus pour perfectionner les habiletés de ceux qui œuvrent actuellement dans le domaine) vont devoir être modifiés.

Les exemples suivants sont offerts:

- Rares sont ceux qui ont reçu une formation sur les façons d'aider ceux qui souffrent de troubles parallèles. Souvent, on traite de façon séquentielle les gens qui souffrent d'une maladie mentale et qui sont aussi toxicomanes; par conséquent, les traitements sont souvent inefficaces, parce que les problèmes sont liés. La solution exige d'importants changements de la formation des travailleurs dans le domaine de la santé mentale.
- Les infirmières, infirmiers et aidants ont besoin d'une formation plus poussée sur les moyens d'aider les personnes vivant avec une maladie mentale ainsi que de déceler l'existence de troubles parallèles. Cela suppose des modifications des programmes d'enseignement, ce qui est toujours très long et difficile. Les membres des familles des malades ont aussi besoin d'une formation analogue, mais dans un cadre communautaire.
- Il va falloir modifier les règles applicables à l'envergure de la pratique si les cliniques de soins primaires multidisciplinaires doivent devenir le

principal point d'entrée dans un système transformé de soins de santé mentale. La résistance à de tels changements est inévitable.

- La détermination de l'ensemble d'habiletés requises pour offrir divers services de soins de santé mentale va rendre possibles des prévisions fiables quant au nombre de travailleurs en santé mentale dont on aura besoin au Canada dans les différentes catégories d'aidants.

La Commission va renforcer la capacité des gouvernements d'introduire des changements du genre de ceux qui sont décrits ci-dessus, en étant pour eux une source de pressions nationales bien informée et faisant autorité, indépendante aussi bien des gouvernements et des groupes de pression que des fournisseurs de services et des responsables des programmes de formation et d'éducation à l'intention des travailleurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale.