



**Ensemble, tout
est possible**

Rapport annuel 2010-2011



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Introduction

p. 3

Ensemble, accélérons
le changement

p.4

Message de la part
du président et de
la présidente et
directrice générale

p. 5

Stratégie en matière
de santé mentale pour
le Canada

p. 8

Changer les mentalités

p. 12

Chez Soi

p. 17

Centre d'échange des
connaissances

p. 21

Partenaires pour la
santé mentale

p. 23

Premiers Soins en
Santé Mentale

p. 25

Comités consultatifs



Enfants et
les jeunes
p.28



Aidants membres
de la famille
p.31



Premières Nations,
Inuits et Métis
p.33



Loi et santé mentale
p.36



Sciences
p.39



Aînés
p.41



Systèmes de prestation
de services
p.43



Santé mentale en milieu de travail
p.46

Maîtres d'oeuvre

p. 49

États financiers

p. 52

Introduction

La Commission de la santé mentale du Canada a vu le jour dans la foulée de la plus importante étude sur la santé mentale jamais menée au Canada, au cours de laquelle des milliers de personnes d'un océan à l'autre ont exprimé leur désir de voir l'avènement d'un meilleur système de santé mentale.

Nous savons bien que ce n'est pas une mince affaire que d'améliorer un système aussi complexe et aussi vaste que celui de la santé mentale. Il faut que nous y travaillions en concertation et avec des buts communs. Tout en ne perdant jamais de vue notre objectif, nous devons user de patience et de persévérance.

La Commission entend favoriser la réforme de ce système et de la société. Elle est en position idéale pour réunir les chefs de file et les organismes de tous les coins du pays afin de trouver des réponses aux

questions de santé mentale qui préoccupent la population canadienne et pour accélérer le changement.

Notre vision décrit une société qui valorise et promeut la santé mentale et qui vient en aide à ceux qui ont des problèmes de santé mentale afin qu'ils puissent mener une vie productive et enrichissante. La concrétisation de cette idée exige une réforme fondamentale de nos systèmes de prestation de services, de notre mentalité collective et de notre tissu social. Un organisme manœuvrant seul ne peut y arriver. Mais ensemble, tout est possible. Le rapport annuel de cette année vous fera part des efforts que nous déployons pour atteindre nos objectifs en collaborant avec des gens qui ont vécu l'expérience de la maladie mentale, avec des professionnels du milieu de la santé mentale et avec un vaste réseau d'intervenants et de partenaires.



Ensemble, nous accélérons le changement

Ce rapport annuel marque le dévoilement public de la nouvelle signature de la Commission de la santé mentale du Canada.

Lorsque la Commission a été créée en 2007, littéralement autour d'une table de cuisine, elle s'est dotée d'un logo par nécessité, sans plus.

Depuis lors, la Commission a évolué. Elle est devenue un organisme totalement opérationnel, diversifié et dynamique. Sa personnalité et sa vocation sont dorénavant bien définies. Nous avons conclu que le logo original de la Commission ne reflétait pas vraiment son avenir prometteur ni son rôle d'accélérateur de la transformation du système de santé mentale pour améliorer la santé mentale des Canadiens.

À l'issue d'une brève période de réflexion, la nouvelle signature de la Commission s'est imposée d'elle-même. Cliquez sur <http://youtu.be/2grIK-gKrGQ> pour savoir plus.

Le logo – qui symbolise l'effet accélérateur – représente bien la façon dont la Commission se perçoit et comment elle veut qu'on la perçoive.

L'étincelle, avec ses rayons de couleurs qui se meuvent et s'amplifient, symbolise le pouvoir transformateur de la Commission. Pouvoir qui crée de l'énergie et qui sort de l'ombre pour toujours les personnes ayant des problèmes de santé mentale afin qu'elles jouissent des mêmes possibilités que les autres membres de la société canadienne. Chaque rayon de l'étincelle en croise un autre pour illustrer l'esprit de collaboration qui anime la Commission. Les rayons s'élargissent pour nous rappeler qu'en travaillant ensemble, nous avons une plus grande force de frappe et nous favorisons la diffusion du savoir.

Cette nouvelle image - dynamique, énergisante et positive - est une illustration idéale de ce que nous sommes, de ce que nous faisons et de notre façon d'agir.

Message de la part du président et de la présidente et directrice générale

Ensemble, la Commission et ses centaines de partenaires aident à faire de la santé mentale une priorité pour tous les Canadiens.

Le vice-président de notre conseil d'administration, David Goldbloom, affirme avec raison que la Commission de la santé mentale du Canada « n'est pas une commission d'enquête, mais une commission d'action. »

En partenariat avec des centaines d'individus et d'organismes répartis dans tout le Canada, la Commission s'efforce, de façon concrète, d'amener les Canadiens à changer leur attitude à l'égard de la santé mentale et de la maladie mentale et à améliorer les services et le soutien destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale pour qu'elles puissent avoir une vie enrichissante et productive.

La Commission et ses partenaires savent que ce défi est trop grand pour qu'un seul organisme ou un seul gouvernement puisse le relever avec succès. Voilà pourquoi nous sommes convaincus qu'en concertant nos efforts, nous pouvons améliorer les conditions de vie des Canadiens.

L'honorable Michael Kirby préside le conseil d'administration de la Commission de la santé mentale du Canada. Sa carrière au Sénat du Canada a pris fin en 2006, après vingt-deux ans de service. Durant la période où il a présidé le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le Comité a déposé onze rapports sur les services de santé. L'un de ces rapports, le premier du genre jamais publié au Canada, portait sur la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies. Intitulé *De l'ombre à la lumière*, ce rapport a conduit à la création de la Commission. Michael Kirby préside le conseil d'administration de la Commission depuis sa création en 2007.

Louise Bradley assure la direction générale de la Commission de la santé mentale du Canada depuis avril 2010. L'année précédente, elle était directrice de l'exploitation. Louise Bradley a fait ses débuts à titre d'infirmière diplômée à Terre-Neuve. Après avoir étudié à l'université Dalhousie, elle a obtenu un diplôme de maîtrise spécialisé en santé mentale à l'université Northeastern de Boston. Durant sa carrière, elle a travaillé tant pour les services de santé communautaire ou de santé médico-légale qu'en milieu correctionnel. Cependant, c'est à titre d'infirmière de services de première ligne, d'administratrice, de chercheuse et d'éducatrice en santé mentale qu'elle est d'abord reconnue.

Photo : Cynthia Münster



Ensemble, nous accélérons le changement



La mission de la Commission de la santé mentale du Canada est de promouvoir la santé mentale, de susciter un changement d'attitude à l'égard des problèmes de santé mentale et d'améliorer les services et le soutien. Les jeunes et les aidants membres de la famille sont deux groupes de partenaires essentiels dans la poursuite de sa mission.

(Gauche à droite) Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission; Jack Saddleback, membre du Conseil des jeunes; Michael Kirby, président du conseil d'administration de la Commission; Susan Hess, membre du Comité consultatif sur les aidants membres de la famille



Michael Kirby, président du conseil d'administration de la Commission et Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission, ont rencontré Gary Doer, ambassadeur du Canada aux États-Unis. Ils ont discuté de questions relatives à la santé mentale à l'occasion de la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et de comportement à Washington, aux États-Unis, en novembre.



La Commission a participé à la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et de comportement. Le président du conseil d'administration de la Commission, Michael Kirby, s'adresse à un des experts de la santé mentale venus de partout dans le monde à l'ambassade du Canada, à Washington.



Dana Heide, membre du conseil d'administration de la Commission, Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission et Jayne Barker, vice-présidente, Initiatives de recherche et Stratégie en matière de santé mentale, en visite à Fort MacPherson, à Yellowknife, et à Inuvik, pour discuter de questions de santé mentale pertinentes au contexte du Nord.



La présidente et directrice générale de la Commission, Louise Bradley, a rencontré Nizar Ladha, M.D., et des membres du personnel à l'occasion d'une visite de l'hôpital Waterford de St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador. Cet hôpital, qui a ouvert ses portes en 1854, est la base opérationnelle du programme en santé mentale des services de santé Eastern Health. Nizar Ladha est aussi président de la division Terre-Neuve-et-Labrador et représentant de la région de l'Atlantique de l'Association des psychiatres du Canada.

En 2010-2011, nous nous sommes attaqués à plusieurs questions importantes liées à la santé mentale grâce à nos projets et initiatives clés. Nous avons écouté nos partenaires et appris d'eux, nous avons produit et partagé des connaissances et, enfin, nous avons mis ces connaissances en application dans le but de favoriser une transformation du système de la santé mentale.

Nos travaux en vue de l'élaboration de la toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ont progressé de façon importante. Publié par la Commission à la fin de 2009, le cadre stratégique intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être* est déjà devenu un important point de référence pour l'élaboration de politiques et pour la pratique dans le domaine de la santé mentale au pays. Par ailleurs, nous comptons être en mesure de présenter la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada en 2012. La mise en application de cette stratégie exigera une collaboration soutenue de la part de tous les partenaires. La Commission sera l'instigatrice de cette démarche, mais tous ses partenaires auront un rôle à jouer afin de lui insuffler vie et d'en maximiser les effets.

L'élaboration d'un système de santé mentale axé sur la personne et orienté vers le rétablissement exige de lutter contre la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. *Changer les mentalités*, l'initiative de lutte à la stigmatisation de la

Commission, collabore aujourd'hui avec plus de soixante-dix partenaires dans tout le Canada dans le but d'évaluer, de créer et de faire connaître des programmes permettant de lutter efficacement contre ce phénomène.

Nous sommes ravis de pouvoir annoncer que la phase de recrutement des participants à notre projet de recherche national *Chez Soi* est maintenant terminée. Ce projet vise à déterminer la meilleure façon de fournir un logement et des services aux personnes itinérantes qui ont des problèmes de santé mentale. Plus de 1 300 personnes qui vivaient dans la rue ont maintenant un logement et reçoivent les services et le soutien correspondant à leurs besoins individuels. Cette réussite est directement attribuable au travail acharné et au dévouement du personnel et des partenaires de la Commission à Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver.

Notre Centre d'échange des connaissances est en train de se réaliser. Il s'agira d'un autre important moyen pour la Commission de veiller à ce que les connaissances et les pratiques exemplaires soient largement diffusées de manière à ce que tous soient mieux informés, responsabilisés et outillés pour améliorer le système de santé mentale au Canada.

Nous préparons actuellement le terrain pour le lancement de l'initiative *Partenaires pour la santé mentale*, qui aura lieu en 2012. Le mandat de l'initiative est d'accroître par l'action le niveau

de sensibilisation du public à l'égard de la santé mentale. *Partenaires pour la santé mentale* deviendra un mouvement social pancanadien voué à faire de la santé mentale une priorité nationale et qui mobilisera à cette fin l'ensemble de la population.

Notre programme *Premiers Soins en Santé Mentale* a fait de grands progrès en 2010-2011 et a formé davantage de personnes en mesure de venir en aide aux personnes ayant des troubles mentaux ou traversant une crise. Ce programme compte maintenant 460 instructeurs et il a formé plus de 40 000 secouristes en santé mentale.

En 2010, la Commission a également publié des rapports importants qui portent sur des questions liées à la santé mentale des enfants et des jeunes, à la santé et à la sécurité psychologiques en milieu de travail et au soutien par les pairs. Ces rapports sont au nombre de ceux provenant de nos huit comités consultatifs, lesquels ont travaillé d'arrache-pied au cours de l'année pour mettre en œuvre plus de vingt projets qui influencent la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. La Commission est extrêmement reconnaissante envers ses comités consultatifs ainsi que toute la communauté d'experts qui ont contribué à ces projets et qui continuent de procurer à la Commission, ainsi qu'à l'ensemble de la communauté de la santé mentale, les outils et les pratiques exemplaires nécessaires à l'amélioration de la vie des personnes confrontées à des problèmes de santé mentale.

Nous devons également une grande part des progrès réalisés au cours de l'année aux nombreuses personnes avec qui nous travaillons et qui ont un vécu de la maladie mentale. Celles-ci nous donnent des conseils sur différents plans – qu'il s'agisse de recommandations pour des rapports ou de témoignages d'expériences vécues qui viennent enrichir nos connaissances. Nous les remercions et espérons pouvoir continuer à compter sur leur précieuse collaboration.

La Commission a aujourd'hui un énorme rayonnement dans tout le système de la santé mentale. Nos partenaires comprennent des personnes ayant un vécu de la maladie mentale, des proches aidants, des cliniciens et des chercheurs, des gens d'affaires et des pourvoyeurs de services locaux, des associations professionnelles et tous les paliers de gouvernement. Nous avons des discussions quotidiennes avec tous ces groupes ainsi qu'avec de nombreux autres Canadiens et nous écoutons ce qu'ils nous disent. Nous tenons à souligner leur importante contribution à la cause de la santé mentale et nous les remercions de leur collaboration, de leur soutien et de leurs encouragements.

Aussi, nous remercions les membres du conseil d'administration de la Commission pour leurs précieux conseils et nous exprimons notre gratitude aux membres du personnel de la Commission pour tout ce qu'ils font pour transformer le système de santé mentale de façon durable.

Le moment est idéal pour transformer le système de soins de santé mentale au Canada. Pour la première fois, tous les paliers de gouvernement considèrent la santé mentale comme une priorité et les questions liées à la santé mentale sont abordées ouvertement dans nos écoles, nos milieux de travail et nos foyers. La transformation du système constitue un défi de taille que nous savons pouvoir relever avec succès si nous travaillons ensemble.

Nous espérons que les lecteurs de ce rapport seront inspirés à participer à la transformation du système de la santé mentale dans l'intérêt de tous les Canadiens. Ensemble, tout est possible.



Michael Kirby
Président du
conseil d'administration



Louise Bradley
Présidente et
directrice générale



Scanner le code image pour visionner des vidéos de la Commission sur YouTube



Discours du président du conseil d'administration de la Commission, Michael Kirby
<http://youtu.be/ReQPStAOaAU>



La présidente et directrice générale de la Commission, Louise Bradley
<http://youtu.be/-vb6Mcd1wj8>

Contenu additionnel

Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada

La toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada offrira un moyen à la société canadienne de se concerter pour atteindre de meilleurs résultats sur le plan de la santé mentale et améliorer globalement l'état de santé mentale et de bien-être de la population.

L'intérêt envers la cause de la santé mentale continue à prendre de l'ampleur au Canada. Le public est plus conscient de l'importance des problèmes de santé mentale et la plupart des provinces et territoires sont en train d'élaborer, de revoir ou de mettre en œuvre des plans d'action et des stratégies en matière de santé mentale. Tant les médias que les entreprises accordent une attention accrue à la santé mentale. Cela arrive à point nommé au moment où la Commission fixe les derniers détails de sa stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.



IMPACT DU DOCUMENT VERS LE RÉTABLISSEMENT ET LE BIEN-ÊTRE

La Commission a consacré du temps et des ressources au cours de la dernière année pour faire connaître et débattre, auprès d'un large éventail de partenaires, la vision et les objectifs énoncés en 2009 dans le document-cadre intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ce document a produit les résultats escomptés et s'est imposé comme une référence pour de nombreux organismes et pour les autorités gouvernementales partout au pays relativement à la mise au point de leurs propres stratégies, plans directeurs et programmes en matière de santé mentale. En voici quelques exemples :

- Au collège public de Yarmouth, en Nouvelle-Écosse, on a créé un programme d'enseignement de deux ans basé sur les objectifs du document-cadre menant à un diplôme en santé mentale.
- En Ontario, le *Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences* a eu recours au document-cadre lors de son processus de planification stratégique.
- Au Québec, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport s'est inspiré du document-cadre pour mettre au point des outils à l'intention du personnel enseignant.
- Au Manitoba, le document-cadre a servi de référence dans l'élaboration du plan quinquennal en matière de santé mentale appelé *Rising to the Challenge*.
- Dans l'appareil pénitentiaire du fédéral, des provinces et des territoires, le document-cadre est un facteur essentiel dans la mise au point d'une nouvelle stratégie nationale sur la prestation de services de santé mentale en milieu correctionnel.

DOTER LE CANADA DE SA PREMIÈRE STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

La Commission s'est fixé comme objectif au cours de la dernière année de transformer le document-cadre en une stratégie concrète en matière de santé mentale au Canada. Au moment de publier ce rapport annuel, nous pouvons énumérer les six orientations stratégiques contenues dans le premier projet de stratégie, lesquelles mèneront à une série de mesures prioritaires et efficaces pour réaliser la réforme du système de santé mentale au pays.

Orientations stratégiques telles que proposées dans le projet de stratégie (non encore définitives) :

1. Promouvoir la santé mentale, prévenir la maladie mentale et intervenir rapidement dans tous les secteurs
Résultat : Un plus grand nombre de gens vivant au Canada jouiront d'une bonne santé mentale tout au long de leur vie.
2. Transformer les relations et défendre les droits
Résultat : Les politiques et pratiques en matière de santé mentale au Canada sont axées sur le rétablissement et le bien-être, et les droits des personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont protégés.
3. Renforcer les capacités des communautés
Résultat : Les personnes vivant avec un trouble mental ou une maladie mentale de même que leur famille ont accès aux traitements, aux services et aux formes de soutien offerts dans la communauté, le plus près possible de leur domicile.
4. Favoriser une plus grande équité
Résultat : Réduction des iniquités lorsque vient le temps de répondre aux besoins en santé mentale, qu'elles soient liées au stade de la vie, à l'emplacement géographique, à la diversité des origines ou au degré de complexité.
5. Chercher à innover avec les Premières nations, les Inuits et les Métis
6. Assurer le leadership en vue de financer, de stimuler et d'appuyer les actions proposées par la stratégie

À la suite des vastes consultations qui ont servi à la préparation du document-cadre et de rencontres supplémentaires tenues au début de 2010, la Commission a réuni des partenaires et a mené une enquête en ligne au cours de l'été 2011 afin de recueillir des réactions au projet de stratégie.

TRAVAILLER ENSEMBLE

Pendant que la Commission prépare la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, d'autres organismes et gouvernements élaborent aussi des moyens stratégiques pour s'attaquer aux questions de santé mentale dans leurs juridictions respectives. La Commission a apporté sa collaboration à plusieurs d'entre eux, à la fois pour aider à formuler des programmes de santé mentale et pour apprendre de ces expériences.

(Photo de la page précédente)

Le Groupe de référence provincial et territorial est une ressource précieuse pour la Commission de la santé mentale du Canada. L'échange de connaissances avec ce groupe a permis, au cours des trois dernières années, de donner corps au cadre sur la santé mentale figurant dans le document *Vers le rétablissement et le bien-être*. Au cours de la dernière année, le groupe a aussi contribué à faire progresser le projet de Stratégie en matière de santé mentale au Canada. Ses membres ont fourni des renseignements utiles relatifs aux aspects complexes du système de santé mentale dans douze juridictions du Canada.

(Gauche à droite) Colleen Simms, conseillère spéciale auprès du ministre de la Santé et des Services communautaires de Terre Neuve-et-Labrador; Paula Pasquali, Programmes communautaires, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon; Bruce McKee, conseiller de programme en santé mentale, ministère de la Santé de la Saskatchewan; Norman Hatlevik, coordonnateur du bien-être territorial, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; Susan Paetkau, directrice à la Direction des politiques et des normes relatives aux programmes de santé, Division de la stratégie du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; Fran Schellenberg, directrice générale, Santé mentale, Dépendances et soins spirituels, Direction des soins de santé primaires et de la vie saine, ministère de la Santé et de la vie saine du Manitoba; Patricia A. Murray, directrice générale, Santé mentale, services à l'enfance et traitement des dépendances, ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse; Silvia Vajushi, directrice générale, Direction de la santé communautaire, Santé communautaire et santé de la population, Alberta; Ann Marr, directrice générale, Reddition de comptes relatifs au rendement en santé mentale et toxicomanies, division des administrations de santé, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique.

Photo : Mélanie Provencher

La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada puise dans le rapport du comité sénatorial intitulé *De l'ombre à la lumière* et dans le document-cadre *Vers le rétablissement et le bien-être* et s'inspire des points de vue exprimés par des milliers de Canadiens. Elle favorisera le débat public sur la santé mentale quand elle sera publiée en 2012 et mettra en lumière les moyens d'améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les résidents du Canada.

« La stratégie en matière de santé mentale ne fournira pas une formule magique garantissant une bonne santé mentale et le bien-être pour tous, mais elle permettra d'établir un plan pour la création d'un système de santé mentale véritable qui stimulera et entretiendra les forces, les capacités et les ressources des personnes et des communautés, tout en atténuant ou en éliminant les obstacles et les barrières à l'atteinte de la meilleure santé mentale possible pour tous. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada



(Gauche à droite) Howard Chodos, conseiller spécial pour la Stratégie en matière de santé mentale au Canada, Commission de la santé mentale du Canada; Mary Bartram, conseillère principale, Relations gouvernementales, Stratégie en matière de santé mentale au Canada, Commission de la santé mentale du Canada; Jayne Barker, vice-présidente, Initiatives de recherche et Stratégie en matière de santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada; Colleen Simms, conseillère spéciale auprès du ministre de la Santé et des Services communautaires, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador; Paula Pasquali, Programmes communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon; Bruce McKee, conseiller de programme en santé mentale, ministère de la Santé de la Saskatchewan; Norman Hatlevik, coordonnateur du bien-être territorial, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; Susan Paetkau, directrice, Direction de la politique et des normes relatives au programme de santé, Direction des politiques et des normes relatives aux programmes de santé, Division de la stratégie du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; Fran Schellenberg, directrice générale, Santé mentale, Dépendances et soins spirituels, Direction des soins de santé primaires et de la vie saine, ministère de la Santé et de la vie saine du Manitoba; Patricia A. Murray, directrice générale de la Santé mentale, des services à l'enfance et du traitement des dépendances, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; Silvia Vajushi, directrice générale, Direction de la santé communautaire, Santé communautaire et de la population de l'Alberta; Ann Marr, directrice générale, Reddition de comptes relatifs au rendement en santé mentale et toxicomanies, Division des administrations de santé, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique; Wendy Heffern, responsable de la Stratégie nationale en matière de santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada.



Ensemble, nous transformons le système de santé mentale au Canada



Howard Chodos, Ph. D, est conseiller spécial à la Commission pour la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Il met au service de la Commission sa connaissance approfondie des politiques et des questions liées à la santé mentale. Sous sa direction, la Commission a publié *Vers le rétablissement et le bien-être*, un document-cadre orientant la transformation du système de santé mentale au Canada. Howard Chodos est l'auteur principal du rapport final sur la santé mentale du Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *De l'ombre à la lumière*.



Patricia A. Murray, directrice générale, Santé mentale, services à l'enfance et traitement des dépendances, ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse.



(Gauche à droite) Paula Pasquali, Programmes communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon, et Norman Hatlevik, coordonnateur du bien-être territorial, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut.



Silvia Vajushi, directrice générale, Direction de la santé communautaire, Santé communautaire et santé de la population, Alberta.



La Commission a organisé des rencontres avec divers groupes de partenaires pour recueillir leur point de vue sur le projet de stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Une rencontre a eu lieu à Québec et a réuni des partenaires francophones de partout au pays.

Gauche à droite : Mireille Bourque, artiste peintre; Stéphanie Lassonde, Commission de la santé mentale du Canada; Bernard Deschênes, Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; Diane Harvey, Association québécoise de réadaptation psychosociale; Manon Dion, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale



La Commission a organisé des rencontres avec divers groupes de partenaires pour recueillir leur point de vue sur le projet de stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Cette rencontre a eu lieu à Ottawa et a réuni des partenaires du milieu de la santé et de la santé mentale.

Gauche à droite: Karen Cohen, Société canadienne de psychologie; Elaine Campbell, Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux; Joanne Jones, Fédération canadienne des Infirmières et Infirmiers en Santé Mentale; Dammy Damstrom-Albach, Association canadienne pour la prévention du suicide



La Commission a organisé des rencontres avec divers groupes de partenaires pour recueillir leur point de vue sur le projet de stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Cette rencontre a eu lieu à Ottawa et a réuni des partenaires du milieu de la santé et de la santé mentale.

Gauche à droite : David Neligan, Metropolis, Citoyenneté et Immigration Canada; Peter Coleridge, Association canadienne pour la santé mentale; Jim Adamson, Société canadienne de schizophrénie



La Commission a organisé des rencontres avec divers groupes de partenaires pour recueillir leur point de vue sur le projet de stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Cette rencontre a eu lieu à Ottawa et a réuni des partenaires du milieu de la santé et de la santé mentale.

Gauche à droite : Dammy Damstrom-Albach, Association canadienne pour la prévention du suicide; Maura Ricketts, groupe Santé publique, Association canadienne médicale; Rita Notarandrea, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Greg Penney, Association canadienne de santé publique; Kelly Stone, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada

Changer les mentalités

Par notre initiative de lutte à la stigmatisation, nous souhaitons changer l'attitude et le comportement de la population canadienne à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Aux dires de plusieurs personnes aux prises avec un problème de santé mentale, la stigmatisation et le comportement des membres de la société à leur égard causent plus de souffrance que la maladie elle-même. *Changer les mentalités*, l'initiative de lutte à la stigmatisation lancée par la Commission de la santé mentale du Canada, entend combattre les préjugés et la discrimination associés à la maladie mentale.

Plutôt que de réinventer la roue, *Changer les mentalités* crée des liens solides avec des partenaires qui administrent déjà des programmes de lutte à la stigmatisation un peu partout au Canada. La plupart de ces programmes n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation scientifique. Aussi, l'un des volets de notre initiative consiste à évaluer ces programmes pour ensuite établir lesquels sont les plus efficaces dans le but de les reproduire ailleurs au pays. Cliquez sur <http://goo.gl/U80wv> pour obtenir de plus amples renseignements sur nos partenariats.

Pour recevoir l'assentiment de *Changer les mentalités*, les programmes doivent obligatoirement utiliser la sensibilisation axée sur le contact. Par cette approche, des personnes ayant eu une maladie mentale racontent leur expérience et engagent le dialogue avec les participants. Cette pratique est considérée parmi les plus prometteuses en matière de sensibilisation à la stigmatisation.

Plutôt que de s'adresser au public en général, *Changer les mentalités* favorise une approche ciblée. Pour l'instant, le programme étudie quatre groupes cibles : les enfants et les jeunes, les travailleurs de la santé, les milieux de travail et les médias.

Cette approche ciblée, qui mise sur la sensibilisation axée sur le contact avec des personnes ayant vécu la maladie mentale, a soulevé l'intérêt de la World Psychiatric Association, du Carter Center et du département de psychologie de l'institut des technologies de l'Illinois.

Ci-après figure un compte rendu des activités menées dans le cadre de l'initiative *Changer les mentalités* auprès des auditoires ciblés.

Enfants et jeunes

Changer les mentalités cible les jeunes de 12 à 18 ans chez qui la crainte de la stigmatisation retarde souvent l'établissement d'un diagnostic et l'administration de soins appropriés, sachant qu'une intervention hâtive favorise grandement le rétablissement et la qualité de vie à long terme. Les interventions visent aussi à changer l'attitude des jeunes à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux pour qu'ils évitent d'adopter un comportement stigmatisant.

Changer les mentalités collabore actuellement avec vingt-deux partenaires à la grandeur du Canada et

(Photo de la page précédente)

Parler de stigmatisation en prenant un café, n'est-ce pas la façon idéale d'aborder ce sujet? Sur cette photo, des partenaires clés du Québec sont réunis dans un café de Montréal pour discuter de leurs rôles respectifs dans le changement des attitudes et des comportements des gens face aux problèmes de santé mentale.

(Gauche à droite) Catherine Archambault est animatrice pour le programme *Solidaires pour la vie* de la Fondation des maladies mentales, lequel rencontre chaque année 60 000 étudiants, parents, enseignants et proches aidants. Ce programme vise à prévenir la dépression et le suicide chez les étudiants du secondaire de la province. *Changer les mentalités* procède actuellement à l'évaluation de ce programme.

Catherine Dion est spécialiste en communications au centre hospitalier et de recherche Louis-H. Lafontaine à Montréal. Elle a contribué à la création de la série web intitulée Clé 56 qui cible les jeunes. Cette série a été évaluée par *Changer les mentalités*. Les résultats seront dévoilés l'an prochain.

Hugues LaForce est psychologue et chargé de projets pour le Programme Santé mentale du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, à Montréal. Il donne des ateliers sur la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale au personnel soignant du Centre. L'an passé, il a fait en sorte que Mike Santoro puisse participer à une présentation.

André Picard, journaliste spécialisé en santé publique au Globe and Mail, collabore avec *Changer les mentalités*. André Picard discute avec des étudiants en journalisme au sujet de l'impact des mots utilisés et de leur rôle dans la transmission d'information crédible et objective au sujet des problèmes de santé mentale.

Robert Whitley, Ph. D., est chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas affilié à l'Université McGill. La Commission de la santé mentale du Canada lui a confié la mission d'étudier l'impact des médias sur la stigmatisation. Son équipe de recherche passe en revue des articles de journaux et des reportages télé ou radiophoniques présentés au cours des cinq dernières années et traitant de problèmes de santé mentale.

Mike Santoro parle publiquement de sa maladie mentale. L'an dernier, il s'est adressé à une cinquantaine de travailleurs de la santé d'un Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, à Montréal. *Changer les mentalités* évalue les répercussions de ses interventions sur la réduction de la stigmatisation.

Derrière la caméra : Amanda Tétrault, photographe documentariste et collaboratrice pour *Changer les mentalités*. Amanda Tétrault participe à des conférences et rencontres organisées par *Changer les mentalités* pour raconter l'histoire de son père, qui a passé une grande partie de sa vie dans la rue tout en composant avec la maladie mentale.

Photo : Amanda Tétrault

étude de près dix-huit programmes de lutte à la stigmatisation ciblant ce groupe particulier.

Étude de cas

Au Québec, on évalue le programme *Solidaires pour la vie* de la Fondation des maladies mentales. Ce programme de sensibilisation à la dépression s'adresse aux adolescents, aux parents et aux enseignants. Il a été mis sur pied en 1998 pour prévenir la dépression et le suicide au sein de la population étudiante de niveau secondaire au Québec. Ce programme a fait le tour du Québec depuis 1998. Chaque année, il présente en moyenne des conférences à 60 000 élèves de 3^e, 4^e et 5^e secondaire, de même qu'au personnel des écoles et des centres locaux de services communautaires.

Travailleurs de la santé

Lorsqu'une personne consulte en raison d'un problème de santé mentale, elle rencontre presque invariablement du personnel de première ligne dans une salle d'urgence, un cabinet de médecine familiale ou une clinique sans rendez-vous. L'accueil qui lui est réservé est soit porteur de réconfort et d'espoir, soit source additionnelle de honte, de culpabilité et d'échec.

Dans les faits, c'est au moment où ils rencontrent le personnel médical de première ligne que les gens ressentent la stigmatisation la plus vive.

Changer les mentalités s'est donc associé à des programmes novateurs

qui renseignent les travailleurs prodiguant des soins de première ligne sur la maladie mentale et les invitent à réfléchir sur leur attitude et à remettre en question leurs points de vue.

Changer les mentalités collabore avec trente partenaires à la grandeur du Canada et étudie de près dix-sept programmes de lutte à la stigmatisation ciblant ce groupe particulier

Études de cas

C'est en Ontario que l'on retrouve le premier programme à avoir été évalué et jugé efficace par l'initiative *Changer les mentalités*. Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre a mis sur pied un programme appelé *Mental Illness and Addictions: Understanding the Impact of Stigma* à l'intention du personnel hospitalier de la région. Ce programme de deux heures comprend une présentation, une vidéo abordant la question du point de vue des personnes qui ont vécu l'expérience de la maladie mentale et des travailleurs de soins de santé et, enfin, un volet de sensibilisation axée sur le contact où des personnes qui se sont rétablies s'adressent à du personnel de première ligne pour parler de l'impact de la stigmatisation dans le processus de rétablissement et des aspects qui ont un effet positif.

En 2010, on a interrogé près de 300 professionnels de la santé avant et après qu'ils aient suivi le programme. Les résultats préliminaires indiquent que le programme a eu une

influence considérable sur l'attitude et le comportement des professionnels de la santé. À un point tel que le programme est actuellement mis à l'essai en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse.

En 2011, on évaluera le programme intitulé *B.C. Practice Support Module for Family Physicians – Mental Health*. Ce programme accrédité de perfectionnement spécialisé a été élaboré en Colombie-Britannique où il est offert aux médecins de famille. Il comprend aussi un volet de sensibilisation axée sur le contact et offre de nouveaux outils aux médecins pour qu'ils disposent de solutions de rechange aux médicaments lorsqu'ils traitent des personnes ayant des troubles mentaux. Les patients sont également appelés à s'investir davantage dans leur traitement et leur rétablissement. Le tiers des quelque 3 300 médecins de famille de la Colombie-Britannique ont suivi cette formation. Parmi les médecins qui y ont participé, 94 % jugent qu'elle a permis d'améliorer les soins aux patients et 42 % affirment remettre moins d'ordonnances.

Se fondant sur les résultats prometteurs de ce programme, *Changer les mentalités* a établi un partenariat avec la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, l'Association médicale canadienne, Bell, le Centre régional de santé de North Bay et AstraZeneca dans le but de mettre au point un programme de formation médicale continue en ligne destiné aux médecins de famille.



Scanner le code image pour visionner des vidéos de la Commission sur YouTube



Michael Kimber, conférencier à un symposium sur les médias
<http://youtu.be/-j2cwBqHOlo>



Changer les mentalités : Au sujet de la stigmatisation
<http://youtu.be/DVnzhqKFwEI>

Contenu additionnel

Milieux de travail

Chaque année, un employé sur quatre éprouve un problème de santé mentale. La stigmatisation est l'un des principaux facteurs qui dissuadent les employés de consulter. Pour plusieurs, il est préférable de ne recevoir aucun traitement plutôt que d'être étiqueté comme peu fiable, improductif et non digne de confiance. Or, l'inaction entraîne de l'absentéisme, du présentéisme (le fait de se présenter au travail tout en étant malade), des pertes de productivité, des réclamations pour invalidité, des blessures et des maladies, des griefs, un roulement du personnel et des problèmes judiciaires.

Changer les mentalités travaille de concert avec les employeurs du secteur public et de l'industrie privée afin d'évaluer des programmes de lutte à la stigmatisation et reproduire ailleurs les plus efficaces d'entre eux.

Changer les mentalités collabore avec dix partenaires à la grandeur du Canada et étudie de près cinq programmes de lutte à la stigmatisation ciblant ce groupe particulier.

Étude de cas

En partenariat avec deux entreprises albertaines, *Changer les mentalités* a évalué le programme appelé *What's Up with Biff?* mis au point par le bureau régional de Calgary de l'Association canadienne pour la santé mentale. Cet atelier, qui s'adresse à des ouvriers, comprend une vidéo, des études de cas réels et des discussions en groupe abordant les

questions de santé mentale en milieu de travail.

Médias

Les médias exercent une influence considérable sur l'opinion publique. Les mots qui décrivent les personnes ayant une maladie mentale accentuent ou atténuent la stigmatisation et la discrimination. Voilà pourquoi *Changer les mentalités* veut amener les journalistes, notamment, à réfléchir sur la portée de leurs paroles.

Symposiums dans les écoles de journalisme

En 2010-2011, la campagne *Changer les mentalités* a donné lieu à deux symposiums sur la lutte à la stigmatisation dans les écoles de journalisme de l'université Carleton, à Ottawa, et de l'université King's College, à Halifax.

Le contenu de ces symposiums était semblable à celui que nous avons organisé pour la première fois à l'université Mount Royal de Calgary en 2009. On a invité un reporter à parler de la stigmatisation dans le cadre de son travail en tant que journaliste ainsi qu'un chercheur pour discuter du vocabulaire stigmatisant véhiculé dans les reportages traitant de santé mentale. Des jeunes gens qui ont une expérience concrète de la maladie mentale se sont aussi adressés aux étudiants pour leur décrire comment la stigmatisation les a affectés et comment ils ont géré la maladie mentale et le rétablissement au quotidien.



Ensemble, nous freinons la stigmatisation et la discrimination



Michael Kimber écrit et milite pour la cause de la santé mentale. Il s'adresse ici à des étudiants de première année en journalisme du collège universitaire King's College de Halifax, en Nouvelle-Écosse, à l'occasion d'un symposium sur la santé mentale et la stigmatisation véhiculée dans les médias organisé par *Changer les mentalités*. Michael Kimber, diplômé en journalisme de cette université, était l'un des conférenciers invités à parler du rôle des médias dans la perpétuation de pratiques stigmatisantes.

(Gauche à droite) Amanda Tétrault, photographe documentariste et proche aidante; Robert Whitley, Ph. D., chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill; André Picard, journaliste, The Globe and Mail; Stella Ducklow, étudiante en arts ayant eu une maladie mentale; Michael Kimber, écrivain et militant pour la cause de la maladie mentale



L'artiste britanno-colombienne Niki Hylins à la galerie Penticton où elle-même et ses étudiants ont exposé une série d'autoportraits. Niki Hylins raconte comment des employés de services médicaux de première ligne lui ont fait subir les effets de la stigmatisation. Ces récits font partie d'ateliers auxquels a assisté le personnel d'hôpitaux et de centres de santé de sept localités de cette province. Ce programme est évalué par *Changer les mentalités*.



Changer les mentalités s'est associé à l'université de Calgary pour évaluer le succès du séminaire *The Mind Course* dans le changement du comportement et de l'attitude des gens à l'endroit des personnes atteintes de maladie mentale. Ce séminaire allie des exposés de psychiatres en exercice et des visites en centre hospitalier pour observer comment les médecins traitent les patients et interagissent avec eux.

(Gauche à droite) Andriyka Papish, M.D., résidente de quatrième année en psychiatrie à l'université de Calgary; Lauren Zanussi, M.D., psychiatre au centre médical Foothills de Calgary; Gina Vaz, étudiante en médecine à l'université de Calgary



Constantin Nastic est animateur pair à temps plein pour l'équipe de la facilitation de l'accès du groupe *York Support Services*. Il raconte comment la stigmatisation dont il a été victime quand il s'est fait soigner pour des problèmes de santé mentale l'a affecté. Il participe à un atelier portant sur l'impact de la stigmatisation en contexte de maladie mentale et de toxicomanies qui est en cours d'évaluation par *Changer les mentalités*.

Analyse des reportages médiatiques

Un autre projet important dans le cadre de l'initiative *Changer les mentalités* qui a beaucoup progressé en 2010-2011 est l'enquête pancanadienne sur les médias que mène l'Institut universitaire en santé mentale Douglas affilié à l'Université McGill. Ce projet fait l'analyse de reportages (produits en français ou en anglais dans les journaux, à la radio ou à la télé) qui ont traité de santé mentale ou de troubles mentaux au cours des cinq années précédant le 1^{er} janvier 2010. Cette étude, qui s'intéresse au vocabulaire et au ton susceptibles de contribuer à la stigmatisation, portera également sur des reportages diffusés d'ici janvier 2012.

Les premières conclusions indiquent que la stigmatisation est omniprésente dans les reportages présentés au Canada. On prévoit mettre à profit les résultats de cette recherche pour orienter les interventions auprès des médias en ce qui concerne les questions de santé mentale. Un rapport servira à sensibiliser les médias et à mettre au point des ressources à l'intention des journalistes.

« Réduire la stigmatisation et éliminer la discrimination doivent être au cœur de l'édification d'un système de santé mentale culturellement sécuritaire axé sur le rétablissement. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada



Micheal Pietrus, directeur de *Changer les mentalités*, l'initiative de lutte à la stigmatisation de la Commission, prend la parole devant des étudiants en journalisme du collège universitaire King's College de Halifax, en Nouvelle-Écosse, à l'occasion d'un symposium sur la santé mentale et la stigmatisation véhiculée dans les médias. Parmi les conférenciers invités se trouvaient des journalistes, des chercheurs et des personnes ayant un vécu de la maladie mentale.



(Gauche à droite) John Roswell, coordonnateur de programme pour les services bénévoles en santé mentale de Digby Clare et Simon Dugas, étudiant, discutent de santé mentale après une conférence sur la santé mentale qui a eu lieu à l'école secondaire de Clare. *Changer les mentalités* évalue ce programme intitulé *Mental Health Matters* pour déterminer s'il combat efficacement la stigmatisation.



Des étudiants en journalisme du collège universitaire King's College de Halifax, en Nouvelle-Écosse, participent à un symposium organisé par la Commission qui portait sur la santé mentale et la stigmatisation véhiculée dans les médias.



La Commission a parrainé une conférence sur la lutte à la stigmatisation organisée par l'Association québécoise de rétablissement psychosocial qui a eu lieu en novembre, à Montréal. Cette conférence a réuni des personnes ayant un vécu de la maladie mentale, des chercheurs, des responsables des orientations politiques, des pourvoyeurs de services et des représentants d'organismes communautaires qui ont discuté des pratiques les plus efficaces pour lutter contre la stigmatisation associée à la maladie mentale. La Commission est membre d'un groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale que dirige l'Association.

(Gauche à droite) Micheal Pietrus, directeur de l'initiative de lutte à la stigmatisation *Changer les mentalités* de la Commission; Graham Thornicroft, Ph. D, collègue universitaire King's College, université de London, Grande-Bretagne; Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission

Chez Soi

Nous cherchons les meilleurs moyens d'aider les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Chez Soi est un projet de recherche d'ampleur nationale qui vise à cerner les moyens les plus efficaces pour aider les citoyens parmi les plus vulnérables.

Le projet est fondé sur un modèle accordant la priorité au logement (appelé *Housing First*), lequel tient compte des besoins et désirs individuels. Il consiste à d'abord loger les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale puis à leur donner le soutien nécessaire pour les aider à stabiliser leur situation et se rétablir dans la meilleure mesure possible.

Chez Soi est le projet de recherche national de la Commission de la santé mentale du Canada qui s'intéresse au phénomène de l'itinérance conjuguée à la maladie mentale. Celui-ci vise à déterminer les moyens les plus efficaces de venir en aide aux personnes parmi les plus vulnérables. Ce projet, le plus important en son genre au monde, a été implanté dans cinq villes canadiennes : Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver. En mars 2011, le projet avait recruté plus de 1 800 personnes et logé plus de 770 autres.

(Gauche à droite) Nicola, participante au projet *Chez Soi* à Vancouver, a connu l'itinérance couplée à la maladie mentale. Elle décrit ce qu'elle a vécu à l'occasion d'un événement organisé pour célébrer l'inauguration de la résidence Bosman qui accueille des participants au projet. Elle est accompagnée de Julian Somers, Ph. D., chercheur associé pour le projet *Chez Soi* à Vancouver, et de Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission.

Photo : Andriy Mishchenko



Le projet *Chez Soi* est en marche dans cinq villes canadiennes : Moncton, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver. Chaque ville s'intéresse à un même axe de recherche mais mène aussi des recherches sur des segments différents de la population. Il s'agit du plus grand projet de recherche de ce type à l'échelle mondiale.

Le partenariat est essentiel au succès du projet. Grâce à la contribution d'un vaste groupe de partenaires exceptionnels à l'échelle du Canada, nous avons réalisé, en 2010-2011, des progrès importants. Nous avons recruté des centaines de participants dans les rues et dans les refuges, nous leur avons fourni un logement et du soutien, nous nous sommes conformés au modèle accordant la priorité au logement, nous avons poursuivi la formation des employés et amélioré la qualité et nous avons partagé nos connaissances. Enfin, nous avons entrepris des démarches en vue d'assurer la pérennité du projet pour les participants.

Les équipes de projet dans les cinq villes signalent que les participants s'installent dans leurs nouveaux logements et commencent à stabiliser leur situation. Certains d'entre eux forgent de nouvelles relations et se tournent vers de nouveaux systèmes de soutien. Certains renouent avec la famille. D'autres apprennent à faire l'épicerie, à passer l'aspirateur ou à prendre l'autobus. D'autres

encore cherchent un emploi ou font du bénévolat.

Bien que le projet ait donné des résultats encourageants jusqu'ici, nous avons aussi affronté des défis auprès de personnes très vulnérables qui exigent un surcroît de vigilance de notre part. Par exemple, des choses des plus simples peuvent sembler déconcertantes pour les participants, comme dormir dans un logement tranquille après avoir vécu dans la rue durant des années.

Plusieurs événements qui surviennent en cours de route forcent les équipes du projet à s'adapter et à réagir rapidement. Ce type d'adaptation est inévitable dans le cadre d'un projet de si grande portée et de si grande ampleur.

Les conseils prodigués par des personnes ayant un vécu de la maladie mentale et de l'itinérance ont été l'une des facettes intégrales du projet cette année. Par l'entremise du Groupe national d'utilisateurs de services, de comités consultatifs propres aux sites ou d'autres moyens, plus de cent postes sont maintenant occupés par des personnes ayant un vécu de la maladie mentale ou de l'itinérance.

Alors que nous nous efforçons d'améliorer les conditions de vie de centaines de Canadiens à l'échelle du pays, la prochaine phase du projet apportera certes de nouveaux défis, mais elle sera également emballante et enrichissante.



Ensemble, nous redonnons espoir aux personnes itinérantes



Sur la photo (de gauche à droite), les dirigeants du projet *Chez Soi* : Paula Goering, Ph. D., chef de la recherche; Jayne Barker, Ph. D., chef du projet; Catharine Hume, coordonnatrice du projet à Vancouver; Faye More, coordonnatrice du projet à Toronto; Claudette Bradshaw, coordonnatrice du projet à Moncton; Cameron Keller, directeur du projet; Sonia Côté, coordonnatrice du projet à Montréal; Marcia Thomson, coordonnatrice du projet de Winnipeg.



Des membres du projet *Chez Soi* de Winnipeg participant à une formation à Vancouver.



Jayne Barker, Ph. D., chef du projet, prononçant un discours à l'occasion d'un événement organisé à Toronto soulignant le premier anniversaire du projet.



Les dirigeants de l'équipe nationale du projet *Chez Soi* et des membres du projet à Montréal ont rencontré des chercheurs qui mettent sur pied, en France, un projet qui est basé sur le même modèle. Lille, Marseille, Toulouse et Paris participent à ce projet appelé *Chez Soi D'Abord*.



Exemple d'endroit où logent les participants au projet *Chez Soi*. Ceux-ci paient une partie du loyer et reçoivent la visite des intervenants du projet au moins une fois par semaine. Le projet fait une large place aux préférences des participant quant au lieu d'habitation, que ce soit en appartement ou en foyer de groupe.

Les personnes itinérantes éprouvent plus souvent des problèmes graves de santé mentale et de toxicomanie que la population en général. Elles doivent aussi composer avec plus de situations stressantes et faire preuve d'adaptation, tout en étant davantage portées vers le suicide.

Recrutement de participants

Le projet de recherche *Chez Soi* entend recruter 2 285 personnes itinérantes atteintes de problèmes de santé mentale et offrir logement et soutien à 1 325 d'entre eux.

En mars 2011, les cinq sites du projet avaient presque atteint leur cible de recrutement : plus de 1 800 personnes recrutées à titre de participants au projet et près de 800 personnes logées (96 à Moncton, 163 à Montréal, 175 à Toronto, 119 à Winnipeg et 220 à Vancouver).

Le recrutement étant presque terminé, les cinq sites ont commencé à planifier les prochaines phases du projet. Ils s'attarderont notamment à accroître le soutien aux participants durant le cours de leur rétablissement.

« On ne reconnaît pas la valeur de l'espoir tant qu'on ne l'a pas perdu. Ce projet m'a redonné espoir. »

Participant au projet Chez Soi

Amélioration de la qualité

Au cours de la dernière année, les dirigeants du projet ont visité les cinq sites afin de s'assurer que le protocole était mis en œuvre de façon cohérente et pour régler les problèmes émergents. Une formation sur place a été organisée pour aider les équipes à relever les défis qui se révèlent naturellement dans le cadre de la prestation de services aux personnes vulnérables.

Le deuxième événement annuel de formation s'est déroulé à Moncton en juin 2010. Un troisième a eu lieu à Vancouver en mai 2011. Ces événements ont donné l'occasion de former près de 200 membres du personnel de première ligne. Ils ont entre autres permis de partager des idées sur la façon d'aider les participants à garder leur logement en bon état ou à perfectionner leurs aptitudes pour la vie au quotidien. Ces aptitudes sont essentielles pour apprendre à vivre de façon autonome.

Partage d'information

Les membres du projet ont fait des présentations à l'échelle locale et internationale et se sont impliqués dans des activités variées de partage des connaissances, entre autres en formant des communautés de praticiens. Ces activités permettent aux personnes des cinq sites de partager leur expérience et d'apprendre au contact des autres. Des bulletins internes et externes faisant la mise à jour du projet ont également été publiés.

Rapport des résultats préliminaires

L'équipe du projet *Chez Soi* a compilé les résultats préliminaires du projet dans un rapport. Par ce moyen, elle prévoit partager ses connaissances avec des partenaires du milieu communautaire et d'autres parties intéressées à chaque trimestre. Bien qu'il soit encore trop tôt pour annoncer des résultats cohérents, les prochains rapports donneront une vue d'ensemble plus complète des connaissances acquises au fur et à mesure qu'avance le projet.

Intérêt des médias

Les médias se sont intéressés au projet à plusieurs reprises cette année. Des reportages en provenance des cinq sites ont été diffusés à la radio et à la télévision de Radio-Canada et le Vancouver Sun a publié une série d'articles.

Documentaire

La Commission a également entrepris, en 2010-2011, des démarches visant la réalisation d'un documentaire télévisuel et d'un site Web sur le projet *Chez Soi*. Des discussions sont en cours avec un partenaire et réalisateur canadien à ce sujet.

Recul de l'itinérance à Vancouver

Les résultats d'un recensement effectué en 2011 dans la région métropolitaine de Vancouver révèlent que le nombre de personnes itinérantes vivant dans la rue a reculé de 82 p. 100 depuis le dernier recensement effectué en 2008. Le taux d'itinérance global a également diminué de 6 p. 100 depuis 2010, date du dernier recensement effectué par Vancouver. Le personnel de la Ville affecté au logement juge que le projet *Chez Soi* est l'un des facteurs clés qui ont contribué à ce recul. Cliquez sur <http://goo.gl/UfpWd> pour en savoir plus.



Scanner le code image pour visionner des vidéos de la Commission sur YouTube



Un participant au projet *Chez Soi* de Toronto décrit comment sa vie a changé

<http://youtu.be/Lwx-ZhsuXOE>

Contenu additionnel

Événements annuels

Une série d'événements ont eu lieu à Vancouver, Moncton, Toronto et Winnipeg en 2010-2011 pour présenter un compte rendu du projet au terme de sa première année d'existence. Ces événements ont réuni les partenaires du projet, le grand public et les médias. Ils ont été une occasion de discuter des progrès réalisés et de rassembler les équipes locales et les partenaires pour souligner les étapes importantes franchies. Un sentiment d'accomplissement était palpable à chacun des événements.

Intérêt à l'échelle internationale

Le projet *Chez Soi* capte l'attention de partenaires au Canada et à l'étranger.

Au cours de la dernière année, l'équipe de *Chez Soi* a partagé ses connaissances avec d'autres juridictions au Canada ainsi qu'avec des pays comme la France, l'Australie et le Portugal.

En 2010, l'équipe montréalaise du projet a accueilli une délégation française qui prévoit mettre en œuvre sa propre version du projet *Chez Soi* à Toulouse, Lille et Marseille, en 2011, et à Paris, en 2012.

Des discussions sont en cours avec d'autres pays.

« J'aimerais que ce projet accueille encore plus de gens. Il a aidé tant de participants – et il m'a aussi beaucoup aidé. »

Participant au projet Chez Soi

Recherche

Sur le plan de la collecte des données, l'équipe de *Chez Soi* a élaboré de nouveaux instruments de recherche en vue d'évaluer la qualité des logements offerts aux participants et l'impact des événements néfastes survenus chez les participants durant leur enfance. Ces données sont importantes, non seulement aux fins d'établir des politiques et des pratiques, mais surtout pour aider le public à comprendre le cheminement qui mène à l'itinérance.

L'équipe a également élaboré des lignes directrices et des suggestions afin d'aider les participants et les médias à interagir de la façon la plus appropriée qui soit.

« Tous ceux et celles que j'ai rencontrés dans le cadre du projet m'ont beaucoup soutenu et m'ont traité comme un être humain... Je n'ai jamais vraiment ressenti cela auparavant. »

Participant au projet Chez Soi

Pérennité

Pour le projet *Chez Soi*, la pérennité est une priorité.

La question nous est souvent posée : « Qu'advient-il des participants à la fin du projet? »

Depuis le début du projet, nous pensons à la pérennité et planifions en conséquence. Au cours de la dernière année, un comité inter-sites a été formé pour se pencher sur la question. Les dirigeants du projet

Chez Soi et de la Commission dialoguent avec des partenaires dont les gouvernements, les bailleurs de fonds et de nombreux autres en vue de réaliser un plan de transition pour les participants. Notre objectif est de faire en sorte que les participants aient, en fin de projet, un logement et le soutien nécessaire. De plus, nous voulons que les résultats de recherche orientent les politiques en ce qui a trait à l'itinérance.

« Il existe de nombreuses formes de discrimination. Elle peut être déclarée et directe, impliquer l'exercice d'un pouvoir sur autrui, comme lorsqu'on refuse aux personnes qui vivent avec des troubles mentaux ou une maladie mentale l'accès à un emploi, à un logement ou à des soins à domicile. Elle peut aussi consister à simplement éviter le contact avec ces personnes. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada



Lors d'un événement organisé à Toronto pour souligner le premier anniversaire du projet, un participant à l'étude, Isaac, décrit comment *Chez Soi* l'a aidé à s'en sortir.



Membres du Comité de personnes en situation de vécu de Winnipeg prodiguant des conseils à l'équipe locale du projet en vue d'adapter ses interventions à la culture.



Le logement d'un participant au projet *Chez Soi* recevant des meubles. En février 2008, le gouvernement fédéral a accordé 110 millions de dollars à la Commission de la santé mentale du Canada pour qu'elle établisse des moyens d'aider le nombre croissant de personnes itinérantes aux prises avec un problème de santé mentale. La fin du projet de recherche est prévue en 2013.

Centre d'échange des connaissances

Le Centre d'échange des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada s'est attardé à consolider ses assises en recueillant des données probantes en vue d'orienter ses actions futures.

Au cours de la dernière année, nous avons conçu et mis en œuvre avec succès un cadre favorisant l'échange de connaissances. Ce cadre diffère du modèle traditionnel de communication dans lequel les chercheurs s'adressent aux décideurs et les pourvoyeurs de services aux personnes ayant un vécu de la maladie mentale. Il accorde une valeur particulière aux connaissances créées en facilitant le dialogue entre tous les partenaires.

Sur cette photo, Victoria Jeffries, étudiante au doctorat en sciences de la santé à l'université Simon Fraser et gestionnaire de projets pour le Réseau de pairs et d'utilisateurs de services voué à la recherche à la Commission, s'entretient avec Dan Bilsker, Ph. D., psychologue à l'université Simon Fraser de la Colombie-Britannique et conseiller principal pour la Commission.

Photo : Greg Ehlers

L'examen de l'étendue des initiatives d'échange de connaissances existant dans le milieu de la santé mentale au Canada a été le deuxième aspect important du travail réalisé en 2010-2011. Selon nous, il est indispensable d'avoir un aperçu de ce qui se fait actuellement, de cerner les possibilités d'optimiser les initiatives existantes et de mettre à jour d'éventuels partenariats et occasions de collaboration.

Enfin, nous avons élaboré une infrastructure numérique pour appuyer l'échange des connaissances. Nous avons aussi recherché, conçu et mis en place plusieurs outils et fonctionnalités Web qui favoriseront l'échange des connaissances entre les principaux partenaires. En 2011-2012, ces outils et fonctionnalités seront intégrés au site Web de la Commission. Cela nous permettra d'accroître notre capacité de communication et d'interaction.

« En facilitant l'échange d'information entre les diverses administrations et sphères de compétence du pays, peu importe leur situation géographique, tout le monde au Canada pourra bénéficier des programmes de recherche actuels et apprendre des réussites à venir. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada



Scanner le code image pour visionner des vidéos de la Commission sur YouTube



Visionnez une vidéo décrivant le Cadre d'échange de connaissances activé

<http://youtu.be/vAB2Hx08jDU>

Contenu additionnel



Ensemble, nous partageons des connaissances pour accélérer le changement.



Victoria Jeffries, étudiante au doctorat en sciences de la santé à l'université Simon Fraser et gestionnaire de projets pour le Réseau de pairs et d'utilisateurs de services voué à la recherche à la Commission, s'entretenant avec Dan Bilsker, Ph. D., psychologue, professeur auxiliaire à cette même université et conseiller principal pour la Commission. Leur échange a lieu sur le parterre de l'université et porte sur des questions de santé mentale.



Le mandat de la Commission de la santé mentale du Canada consiste entre autres à contribuer à la propagation des connaissances en vue d'accélérer la transformation du système de la santé mentale. La Commission a été l'un des commanditaires principaux de la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et de comportement qui a eu lieu à Washington en novembre 2010. Cet événement, qui a réuni des leaders internationaux du milieu de la santé mentale, a été l'occasion de présenter les plus récents développements en matière de recherche sur la santé mentale dans le monde et les programmes qui en font la promotion.



Robert Whitley, Ph. D., chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas affilié à l'Université McGill, s'adressant à des étudiants en journalisme. Robert Whitley a été l'un des principaux conférenciers invités au symposium sur la santé mentale et les médias organisé par *Changer les mentalités*. Cet événement a eu lieu au collège universitaire King's College de Halifax, en Nouvelle-Écosse. La Commission lui a confié le mandat d'étudier l'impact des médias sur la stigmatisation associée à la santé mentale. Son équipe de recherche analyse des articles tirés de périodiques et des reportages portant sur des questions de santé mentale qui ont été diffusés à la radio ou à la télé au cours des cinq dernières années.

(Gauche à droite) Amanda Tétrault, photographe, documentariste et proche aidante; André Picard, journaliste, The Globe and Mail; Stella Ducklow, étudiante en arts ayant eu une maladie mentale; Michael Kimber, écrivain et militant pour la cause de la santé mentale; Romie Christie, Commission de la santé mentale du Canada; Robert Whitley, Ph. D., chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill

Partenaires pour la santé mentale

Nous nous préparons à lancer un mouvement social pour que la santé mentale figure parmi les priorités nationales et pour promouvoir le pouvoir du bien-être mental.

La Commission de la santé mentale du Canada cherche à assurer, au-delà de son mandat de dix ans, la viabilité des changements qu'elle aura amorcés.

Partenaires pour la santé mentale est l'un des moyens envisagés pour y parvenir. Ce mouvement social, qui sera officiellement lancé en 2012, deviendra un élément de plus en plus déterminant pour le plan de viabilité à long terme de la Commission.

La Commission a été établie en 2007 dans la foulée de la plus importante étude sur la santé mentale jamais réalisée au Canada. À cette occasion, des milliers de personnes d'un océan à l'autre se sont fait entendre et ont réclamé un meilleur système de santé mentale. L'exercice a mené au dépôt du rapport sénatorial intitulé *De l'ombre à la lumière*. Une vaste consultation publique avait alors montré que les Canadiens doivent adopter cette cause ouvertement et avec fierté, tout comme des millions de leurs concitoyens l'ont fait pour d'autres maladies.

Le suicide de Jack Windeler, étudiant à l'université Queen's, a bouleversé sa famille, ses amis et tout le campus universitaire. Ensemble, les amis de Jack et son père, Eric, ont créé *The Jack Project* à l'intention des jeunes qui passent du secondaire au collège ou à l'université ou qui apprennent à devenir autonomes. Ce projet les aide à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé possible.

Photo : Greg Black

Au cours des dernières années, de plus en plus de Canadiens ont accepté de parler ouvertement de la santé mentale et des troubles mentaux. C'est le défi qu'ont relevé Michael Wilson, Bob Rae et Margaret Trudeau, personnalités bien connues du public, en acceptant de partager leur expérience de la maladie mentale. L'athlète six fois médaillée olympique Clara Hugues a quant à elle pris part à la campagne *Cause pour la cause* de Bell afin de sensibiliser l'opinion publique aux questions de santé mentale. De toute évidence, les attitudes commencent à changer.

Ce qui est encourageant, c'est que les Canadiens « ordinaires » participent aussi à ce changement. Par exemple, lorsque Jack Windeler s'est suicidé durant sa première année à l'université, son père Eric a mis sur pied *The Jack Project* pour encourager la discussion et aider les adolescents, à l'âge où se manifestent les premiers signes de plusieurs maladies mentales. Et après le suicide de leur fille de 14 ans à Ottawa, les parents de Daron Richardson ont fondé *Do It for Daron* afin de sensibiliser l'opinion publique aux questions de santé mentale des adolescents.

Voilà le genre d'initiatives émanant de la société que recherchera et encouragera le mouvement *Partenaires pour la santé malade*. Nous croyons que ce mouvement aura la capacité d'instituer une transformation du système de santé mentale, au même titre que le rapport *De l'ombre à la*

lumière a mis au jour la nécessité d'une telle transformation.

L'année 2010-2011 a été consacrée aux préparatifs du mouvement. La Commission a développé un plan de communication et une série de mesures à l'intention de cette initiative qui sera lancée au grand public l'an prochain. Le mouvement entend mener ses actions « sur le terrain », c'est-à-dire qu'il travaillera directement et énergiquement avec des personnes dévouées et des organismes qui se consacrent à la cause, comme l'Association canadienne pour la santé mentale, et qui travaillent inlassablement depuis plusieurs années pour améliorer le système et les services en santé mentale au Canada.

« C'est pourquoi la Commission demande l'appui de tous les membres de la communauté de la santé mentale afin qu'ensemble, nous donnions naissance à un mouvement social qui s'étendra sur tout le territoire canadien et qui mobilisera toutes les personnes qui vivent au Canada. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada



Ensemble, nous contribuons à propulser les questions de santé mentale au sommet des priorités nationales



Des amis de Jack Windeler montrant la photo encadrée de l'ancien étudiant de l'université Queen's. Ces amis ont travaillé avec son père, Eric, à créer *The Jack Project*, lequel aide les jeunes à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé mentale possible.

Les amis de Jack Windeler ont fait faire des t-shirts pour montrer leur appui au projet *The Jack Project*, lequel aide les jeunes qui passent du secondaire au collège ou à l'université ou qui apprennent à devenir autonomes.



Eric Windeler montrant une photo encadrée de son fils Jack.

Ce qu'ont accompli Megan Schellenberg et Luke Richardson

Les terrains les plus fertiles se trouvent souvent au pied des volcans. De même, la maladie mentale ou une perte tragique peuvent devenir une terre fertile où germera un important mouvement social. En voici deux exemples. La Commission collabore déjà à certains de ces projets. Elle espère continuer à le faire et à travailler avec d'autres projets par le biais du mouvement *Partenaires pour la santé mentale*.

Megan Schellenberg, jeune femme du nord de l'Ontario appartenant aux Premières nations, a transcendé sa propre lutte contre l'automutilation, la dépression et les tendances suicidaires pour joindre le Conseil des jeunes de la Commission. Elle est aussi devenue un personnage respecté militant en faveur de la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Elle a relaté son combat, et celui d'autres personnes, sur le site CBC.ca et dans les médias de la Colombie-Britannique en apportant des pistes de solutions.

Le suicide de Daron Richardson, jeune résidente d'Ottawa, a créé une onde de choc dans l'est de l'Ontario. Luke Richardson, père de Daron et membre du personnel d'entraînement des Sénateurs d'Ottawa de la LNH, a choisi de sortir de l'ombre. Son message s'est répandu d'un bout à l'autre du Canada. Grâce à la campagne *Do it for Daron*, des personnes de tous âges et de tous horizons prennent part à des activités de financement et de sensibilisation à la mémoire de Daron. Elles participent aussi à la discussion sur la santé mentale des adolescents.

Premiers Soins en Santé Mentale

Nous aidons les Canadiens à déceler et à gérer les problèmes de santé mentale chez eux et chez les autres.

Les *premiers soins en santé mentale* désignent les interventions de secours prodiguées aux personnes en voie de développer un problème de santé mentale ou qui traversent une crise.

La formation de secouriste en santé mentale a vu le jour en Australie en 2001 et a été introduite au Canada en 2006. L'organisme *Premiers Soins en Santé Mentale*, qui livre cette formation, a été pris en charge par la Commission de la santé mentale du Canada en avril 2010.

Premiers Soins en Santé Mentale fournit les compétences et les connaissances nécessaires pour mieux gérer une crise ou un problème de santé mentale qui se manifeste chez un proche ou un collègue. Par ses activités de sensibilisation et de diffusion des connaissances, le programme soutient aussi les efforts déployés par la Commission en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Des participants aux formations de *Premiers Soins en Santé Mentale* apprennent à poser les premiers gestes nécessaires pour venir en aide à quelqu'un qui éprouve un problème de santé mentale ou qui est en état de crise. Ils pourront ensuite enseigner eux-mêmes ce qu'ils ont appris et former d'autres secouristes en santé mentale. Ils comptent parmi les 40 000 secouristes habilités à aider des amis, des proches, des collègues ou des étrangers qui ont un problème de santé mentale. Cette année, *Premiers Soins en Santé Mentale* a élargi son rayon d'action au Canada : pour la toute première fois, des formations sont offertes à

Iqaluit, au Nunavut. Irene Fraser a formé des participants à Iqaluit, dont ceux qui figurent sur la photo.

(Gauche à droite) Miali Dimitruk, ministère de la Justice du Nunavut, Cambridge Bay; Al Hartley, ministère de la Justice du Nunavut; Maxine Carroll, centre de santé mentale Akausisarvik; Mona Autut, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, Baker Lake; Jennifer Kotab, centre correctionnel pour les femmes du Nunavut; Jillian Sparrow, centre correctionnel pour les femmes du Nunavut à Iqaluit

Photo : Tom Short



Ensemble, nous améliorons les connaissances sur la santé mentale



Participants à une formation d'instructeur de *Premiers Soins en Santé Mentale* à Halifax, en Nouvelle-Écosse, livrée par Keith Turton.

(Gauche à droite, rangée du haut) Jade Mahoney, Julie Crouse, Steven Gaulton et une participante

(Gauche à droite, rangée du bas) Trix Van Egmond, Kathy Cutler, Karon Ann Parsons



Participants à une formation d'instructeur de *Premiers Soins en Santé Mentale* à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

(Gauche à droite, rangée du haut) Joanne Erasmus, Lynda Perry, Carla Abichahine, Beth Doxsee, Mike Condra, Janet Marmur, Hazel Nerysoo, Rita Green, Stacey Kiefer, Edward Wright

(Gauche à droite, rangée du bas) Peggy Day, Elliot Embury, Susan Peffer



Karen Kyliuk donnant une formation à de futurs instructeurs de *Premiers Soins en Santé Mentale* à Winnipeg, au Manitoba.

(Gauche à droite, rangée du haut) Brian Yuzdepski, Sharon Flatten, Sandra Wallace, Jaret Moshenko, John Mayo

(Gauche à droite, rangée du bas) Karen Kyliuk (maître-instructeur), Rebecca Sourisseau, Carla Eckstrom, Caroline Fenney, Charlene Eckstrom, Adrienne Fillatre



Irene Fraser donnant une formation à de futurs instructeurs de *Premiers Soins en Santé Mentale* à Iqaluit, au Nunavut.

(Gauche à droite) Caroline Anawak, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; Mona Autut, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; Irene Fraser (maître-instructeur), ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; Maxine Carroll, centre de santé mentale; Miali Dimitruk, ministère de la Justice; Jennifer Kotab et Jillian Sparrow, centre correctionnel pour les femmes du Nunavut; Al Hartley, ministère de la Justice



Jillian Sparrow (à gauche) et Jennifer Kotab, toutes deux du centre correctionnel pour les femmes du Nunavut, discutant de la formation de *Premiers Soins en Santé Mentale*.

Ce programme ne forme pas des thérapeutes. Il apprend plutôt aux participants à :

- reconnaître les signes et les symptômes des troubles mentaux,
- prodiguer une aide immédiate,
- orienter la personne secourue vers les services professionnels appropriés.

Premiers Soins en Santé Mentale offre deux formations. La première porte sur les secours prodigués aux adultes et la seconde est offerte aux adultes qui interviennent auprès des jeunes de 12 à 24 ans. Une formation d'instructeur est aussi offerte aux candidats qualifiés.

Depuis la prise en charge du programme par la Commission au début de 2010, le nombre de secouristes en santé mentale a augmenté de 114 %, passant de 19 000 à plus de 40 000, et le nombre d'instructeurs a augmenté de 86 %, passant de 250 à 465. Par ailleurs, il est désormais offert dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

Un programme spécialement adapté aux besoins de la population canadienne

Les formations de *Premiers Soins en Santé Mentale* sont offertes à toute personne de 18 ans et plus. Jusqu'à présent, plusieurs groupes en ont bénéficié parmi lesquels figurent des familles, des enseignants, des pourvoyeurs de services de santé, des

employés de services d'urgence ou de première ligne en contact avec le public, des bénévoles, des professionnels des ressources humaines et des organismes communautaires.

Les formations sont aussi dispensées dans les milieux de travail, les universités, les collèges et les centres correctionnels. Elles sont également offertes aux fonctionnaires des municipalités, des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral.

Les formations sont en train d'être adaptées pour être dispensées dans le nord canadien (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut). Le contenu et les méthodes d'enseignement répondront ainsi davantage aux besoins éducatifs des Inuits et des autres Canadiens de cette région.

En 2010, la version française du site Web du programme a été mise en ligne. Des instructeurs bilingues ont commencé à donner des formations en français en Alberta, en Nouvelle-Écosse et au Yukon. Au Conseil scolaire francophone de l'Alberta, tous les professeurs et le personnel des 14 écoles francophones suivent désormais la formation dispensée par des instructeurs formés par *Premiers Soins en Santé Mentale*.

Le programme entend s'améliorer continuellement. Il a été évalué en profondeur en Australie et son efficacité pour réduire la stigmatisation a été démontrée. Au Canada, son

évaluation est en cours. À l'heure actuelle, l'initiative de lutte à la stigmatisation *Changer les mentalités* de la Commission se charge d'en mesurer l'efficacité pour opérer un changement d'attitude et de comportement à l'endroit des personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

À venir

De nouvelles initiatives sont en préparation pour 2011-2012 afin de dispenser la formation à de nouveaux publics :

- Au Québec, la *Fondation des maladies mentales* fera suivre à certains de ses employés la formation d'instructeur pour qu'ils dispensent la formation de secouriste en santé mentale aux adultes intervenant auprès des jeunes dans près de 700 écoles de la province.
- Santé Canada a accordé une subvention au programme pour qu'il restructure et adapte ses formations aux besoins des membres des Premières nations. Cette démarche mise sur le respect et sur les forces de la communauté et reconnaît l'importance de sa contribution dès les premières phases de la conception, de l'élaboration du contenu et de la mise en œuvre de ce projet à l'état pilote. Il y a des manières d'être, de connaître et de concevoir le monde qui diffèrent selon la culture, ainsi que les conceptualisations personnelles et professionnelles de la santé mentale et des maladies mentales. Les paradigmes de guérison traditionnelle des Premières nations et les modalités de guérison qui tiennent compte du contexte historique et de la situation actuelle des Premières nations seront au cœur de cette restructuration.
- Le centre de santé Trillium, qui possède des sites à Mississauga et à Toronto, est l'un des plus grands centres de santé du Canada associés aux établissements d'enseignement. Le centre a demandé que la formation prodiguée par Premiers soins en santé mentale soit adaptée aux aînés. Une proposition a été présentée et des discussions sont en cours.

- Le centre de recherche Orygen de l'université de Melbourne, en Australie, met au point une formation pour les pairs aidants intervenant auprès des jeunes. Des membres de *Premiers Soins en Santé Mentale* du Canada et du Conseil des jeunes de la Commission ont participé à une étude internationale Delphi. Le programme est présentement mis à l'essai et évalué sur le terrain. La publication des résultats est prévue pour la fin de l'année 2011. *Premiers Soins en Santé Mentale* du Canada aura accès à ce programme au début de 2012 et pourra alors l'adapter aux besoins des jeunes Canadiens.

« Les initiatives d'acquisition de connaissances sur la santé mentale peuvent à la fois sensibiliser les gens à l'importance de la réduction du stress et de l'autonomie en matière de santé, et les informer sur les signes et les symptômes associés aux troubles mentaux et aux maladies mentales. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

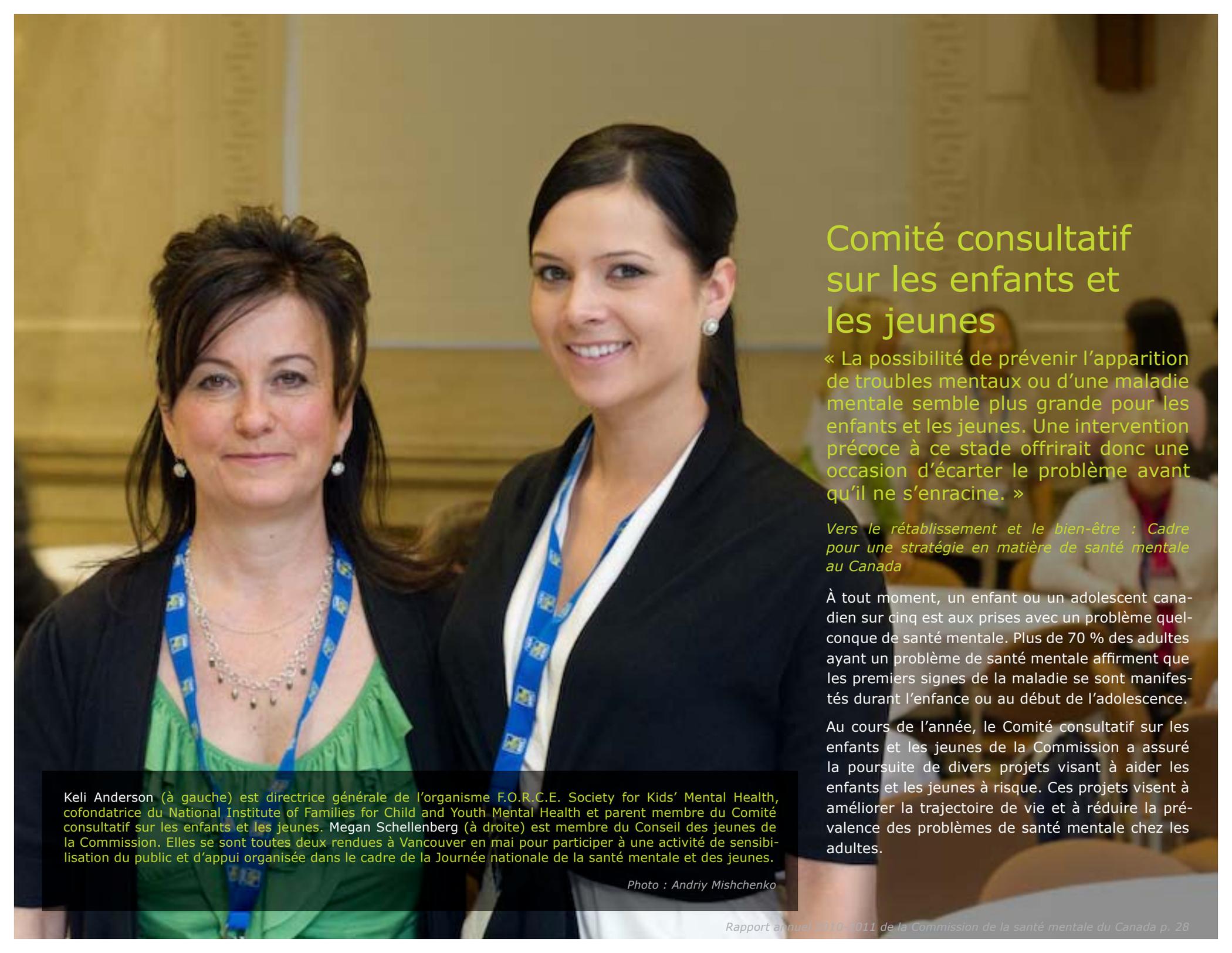


Scanner le code image pour visionner des vidéos de la Commission sur YouTube



Premiers Soins en Santé Mentale
Karen Kyliuk, première partie
<http://youtu.be/khHT7SyrAp8>

Contenu additionnel



Comité consultatif sur les enfants et les jeunes

« La possibilité de prévenir l'apparition de troubles mentaux ou d'une maladie mentale semble plus grande pour les enfants et les jeunes. Une intervention précoce à ce stade offrirait donc une occasion d'écarter le problème avant qu'il ne s'enracine. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

À tout moment, un enfant ou un adolescent canadien sur cinq est aux prises avec un problème quelconque de santé mentale. Plus de 70 % des adultes ayant un problème de santé mentale affirment que les premiers signes de la maladie se sont manifestés durant l'enfance ou au début de l'adolescence.

Au cours de l'année, le Comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la Commission a assuré la poursuite de divers projets visant à aider les enfants et les jeunes à risque. Ces projets visent à améliorer la trajectoire de vie et à réduire la prévalence des problèmes de santé mentale chez les adultes.

Keli Anderson (à gauche) est directrice générale de l'organisme F.O.R.C.E. Society for Kids' Mental Health, cofondatrice du National Institute of Families for Child and Youth Mental Health et parent membre du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes. Megan Schellenberg (à droite) est membre du Conseil des jeunes de la Commission. Elles se sont toutes deux rendues à Vancouver en mai pour participer à une activité de sensibilisation du public et d'appui organisée dans le cadre de la Journée nationale de la santé mentale et des jeunes.

Photo : Andriy Mishchenko

Document-cadre Evergreen :

En juillet 2010, le Comité a publié le document-cadre *Evergreen* qui propose une vision favorisant la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada. Ce document sert de complément à la stratégie en matière de santé mentale qu'élabore actuellement la Commission pour le Canada et décrit le contexte dans lequel évolue la santé mentale des enfants et des jeunes.

Le document-cadre non normatif *Evergreen* est issu de consultations menées dans tout le Canada auprès de professionnels, de jeunes, de parents et de membres du grand public et a bénéficié de la contribution de comités consultatifs du Canada et d'ailleurs. Ce document a été conçu pour :

- Servir de référence pour les gouvernements et les organismes voulant élaborer des politiques, des plans, des programmes et des services en matière de santé mentale qui s'adressent aux enfants et aux jeunes,
- Encourager les jeunes, les parents, les pourvoyeurs de services, les utilisateurs de services et le grand public à discuter des moyens de promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada et des services qu'ils devraient avoir le droit d'obtenir,
- Fournir à la Commission de l'information susceptible de lui être utile dans l'élaboration de la stratégie en matière de santé mentale.

- Un projet d'échange et de diffusion des connaissances est en cours d'élaboration et sa mise en œuvre est prévue pour 2011.

Conseil des jeunes : Le Comité a mis sur pied un Conseil des jeunes composé de Canadiens de 17 à 29 ans qui sont soit eux-mêmes aux prises avec des problèmes de santé mentale, soit en contact avec un membre de la famille qui éprouve de tels problèmes. Le Conseil des jeunes veille à ce que le point de vue des jeunes Canadiens soit entendu et pris en compte par la Commission dans l'ensemble de ses travaux. Ses membres ont participé à l'élaboration du document-cadre *Evergreen* en concevant et en mettant en œuvre une stratégie de participation des jeunes faisant place au réseautage en ligne et aux médias sociaux (dont Facebook).

Importance du rôle parental dans la promotion de la santé mentale des adolescents : Nous voulons que ce soit plus facile pour les parents de pré-adolescents et d'adolescents de demander de l'aide et de l'information, d'accroître leurs connaissances sur la santé mentale des adolescents, de développer des stratégies parentales et de se renseigner sur les symptômes précoces de troubles mentaux. Lancé grâce à une subvention, ce projet vise à élaborer un cadre axé sur la famille qui proposera des moyens accessibles,



Ensemble, nous améliorons la santé mentale des jeunes du Canada



Membres du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la Commission.



Des membres du Conseil des jeunes de la Commission réunis à Ottawa, en février 2011.

(Gauche à droite, rangée du haut) : Tanya Jorgensen, Simran Lehal, Megan Schellenberg, Kyle Haddow, Kristen Groat

(Gauche à droite, rangée du bas) : Jack Saddleback, Mo Khan (ancien membre), Faye Bonjite, Aaron Goodwin, Shawn Akiainnuksuk (ancien membre)



Le vice-président au Savoir et à l'innovation de la Commission, Geoff Couldrey, arbore un ruban vert en l'honneur de la Journée nationale de la santé mentale et des jeunes lors d'une activité tenue en mai, à Vancouver. Cette activité a été organisée par l'organisme Institute of Families for Child and Youth Mental Health. Keli Anderson, cofondatrice de l'institut et parent membre du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la Commission, est aussi directrice générale de l'organisme F.O.R.C.E Society for Kids' Mental Health.



Simon Davidson, pédopsychiatre, (à gauche) est président du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la Commission et directeur général du Centre d'excellence provincial au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Il discute avec Amanda Angelus, étudiante en médecine à l'Université McGill (à droite) et membre du Conseil des jeunes de la Commission au sujet du Document-cadre *Evergreen*.

adaptables et stimulants de sensibiliser les parents. Au cours de l'année, un comité de projet et une équipe de recherche ont été constitués. En 2011, le projet prévoit effectuer une revue de la documentation et une analyse de contexte et créer un groupe de discussion composé de parents.

Services d'aide en matière de santé mentale et de toxicomanie en milieu scolaire : De nombreux problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes se manifestent pour la première fois lorsqu'ils entrent au secondaire, dans une institution de niveau collégial ou à l'université. Ce projet vise à fournir aux praticiens et aux responsables des orientations politiques relatives à l'éducation, à la santé et à l'aide à l'enfance, ainsi qu'à des organismes connexes, un ensemble de solutions favorisant la prestation de services d'aide en matière de santé mentale et de toxicomanie en milieu scolaire. En 2010, on a continué à travailler à une revue détaillée de la documentation, à une analyse des pratiques innovatrices mises en œuvre dans tout le pays et à un recensement national portant sur les pratiques actuelles des écoles publiques. On prévoit parachever ces travaux d'ici la fin de 2011. Des activités en

matière de transfert et d'échange des connaissances, y compris un colloque destiné aux chefs de file dans le domaine, sont également en cours de planification.

Projet de lutte contre l'auto-stigmatisation en milieu familial :

La stigmatisation, dirigée contre soi ou pratiquée par l'entourage familial, peut empirer les problèmes de santé mentale et compromettre le rétablissement. Dans le cadre de ce projet, le Comité élabore une nouvelle initiative pour lutter contre l'auto-stigmatisation au sein du milieu familial, et notamment contre l'auto-stigmatisation pratiquée par les parents, les frères et sœurs, d'autres membres de la famille et les aidants naturels. Le projet vise à établir les besoins en matière de lutte contre l'auto-stigmatisation ainsi que les stratégies permettant de la comprendre et de la combattre. Des données sont recueillies par l'entremise de discussions de groupe réunissant des jeunes et des membres de leur famille. Une équipe de jeunes a été recrutée en 2010 pour aider les chercheurs à étudier le problème de l'auto-stigmatisation.

Projet de mobilisation des connaissances sur la santé mentale des enfants et des jeunes :

Par ce projet, le Comité compte informer et mobiliser les jeunes ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux et qui travaillent avec eux. Il créera des moyens de leur communiquer de l'information sur des sujets liés à la santé mentale des enfants et des jeunes. Il a publié en 2010 une analyse de contexte intitulée *Digital Playgrounds: Popular Social Media Sites and Their Relevance for a Knowledge Mobilization Strategy in Child and Youth Mental Health*. En 2010 également, des groupes de discussion réunissant de jeunes partenaires ont été formés. On leur a demandé d'aider à trouver les meilleures pistes de solution en vue de concevoir un ensemble d'outils technologiques pour les jeunes (p. ex. site Web ou outils de réseautage social). Au début de 2011, le comité de projet a également retenu les services d'une firme de chercheurs à qui il a demandé de procéder à une évaluation des besoins des jeunes en matière d'information sur la santé mentale (p. ex. type d'information, ressources nécessaires, langage à utiliser, etc.).



Scanner le code image pour visionner des vidéos de la Commission sur YouTube

Discussion sur la santé mentale des enfants et des jeunes
<http://youtu.be/o3PaIByTHF8>

Contenu additionnel

Comité consultatif sur les aidants membres de la famille

« Beaucoup de données de recherche suggèrent que le renforcement des compétences des proches aidants dans leurs responsabilités quotidiennes, notamment en leur donnant de l'information et de la formation et en renforçant leur capacité de communiquer et de résoudre des problèmes, peut influencer le cours d'une maladie mentale, ou du moins retarder les rechutes ou l'hospitalisation. Malheureusement, les membres de la famille ont souvent été mis en marge du système de santé mentale. »

« Les conséquences des troubles mentaux et de la maladie mentale pour les proches aidants ne doivent pas être sous-estimées. Des vies peuvent être englouties par le chagrin et la détresse et la stigmatisation peut entraîner un sentiment de honte et de culpabilité pouvant miner la confiance et le bien-être des fournisseurs de services et avoir des conséquences à long terme. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada



Le Comité consultatif sur les aidants membres de la famille a pour mission d'aider à mettre en place les conditions qui permettront aux personnes aux prises avec la maladie mentale d'avoir une vie enrichissante et stimulante et de venir en aide aux membres de la famille et aux amis de ces personnes, lesquels constituent souvent le principal réseau de soutien.

(Gauche à droite) Maritza Tello, Elizabeth Nickason, Joyce Smith, Clem Martini, Susan Hess, Eugene Niles, Judy Gold, Ella Amir, Christina Martens et Nérée St-Amand.

Photo : Brian Dupuis

On estime que 2 % de la population canadienne adulte est constituée de gens qui prennent soin d'un membre de leur famille, d'un ami ou d'un voisin atteint de maladie mentale. Cela représente environ 700 000 aidants à la grandeur du pays.

Le Comité consultatif sur les aidants membres de la famille veille à ce que les proches aidants reçoivent l'information pertinente, l'éducation, les conseils et le soutien dont ils ont besoin d'une manière adaptée à leur culture, de façon à ce qu'ils puissent aider leurs proches atteints d'une maladie mentale, tout en protégeant leur propre bien-être.

Familles à l'écoute – entraide en santé mentale : Au cours de 2010, le Comité a poursuivi la réalisation

d'un réseau téléphonique à l'intention des aidants qui s'occupent d'un proche atteint de problèmes de santé mentale afin qu'ils puissent recevoir le soutien de personnes qui ont vécu une situation semblable. On a étudié des programmes similaires, fait une revue de la documentation pertinente et conçu un projet de manuel de formation. Le projet a été interrompu à la mi-2010 et l'on étudie actuellement les moyens de mettre à profit le travail déjà accompli.

Le Comité croit fermement en l'importance de créer des liens entre les proches aidants qui ont besoin de soutien et des pairs formés pour leur venir en aide. Le Comité continuera à promouvoir l'appui à de tels programmes de soutien et d'accompagnement.



Ensemble, nous éduquons et soutenons les aidants



Le Comité consultatif sur les aidants membres de la famille veille à ce que la Commission de la santé mentale du Canada place parmi ses priorités les familles des personnes aux prises avec la maladie mentale.

(Gauche à droite) Joyce Smith et Ella Amir, du Comité consultatif sur les aidants familiaux, et Ken Smith.

Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis

« La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada doit non seulement tenir compte de la situation particulière des Premières nations, des Inuits et des Métis, mais elle doit aussi tirer profit de leur apport précieux. Cela est important non seulement pour ces peuples, mais pour toute la population canadienne. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

Le Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis est voué à la promotion de la santé et du bien-être mental des peuples autochtones vivant dans des collectivités autochtones ou hors de celles-ci. Le Comité souhaite mieux faire connaître et comprendre les questions liées à la sécurité culturelle, à la justice sociale, à la responsabilisation éthique et au respect de la diversité. Dans cette photo, des membres et des partenaires du Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis participent avec des diplômés du programme de maîtrise en éducation avec spécialisation en counselling auprès des collectivités autochtones de l'université de Victoria

à une cérémonie de remise des diplômes à l'extérieur de la Grande maison de la nation Songhees, à Victoria, en Colombie-Britannique.

(Gauche à droite) Lorna Williams, Ph. D, Université de Victoria; Terry Adler, Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis; Bill Mussell, Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis; Jennifer White, Ph. D, Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis; Ruby Isaac, diplômée; Nella Nelson, Native Mental Health Association of Canada; Gina Robertson, diplômée.

Photo : Michel Joffres

Le Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis s'est engagé à fournir des avis sur la santé mentale en milieu autochtone en collaborant avec les peuples, les communautés et les institutions autochtones. Le Comité travaille aussi à promouvoir le bien-être des populations autochtones, qu'elles habitent ou non dans les collectivités autochtones.

Le Comité, qui comprend des membres des Premières nations, des communautés inuites, des Métis, ainsi que des membres œuvrant dans le domaine de la santé en milieu autochtone, cherche à accroître la connaissance et la compréhension des questions de santé mentale touchant les peuples autochtones. Au début de 2011, le Comité finalisait deux projets importants :

Sécurité culturelle : La sécurité culturelle se veut un moyen d'encourager les pourvoyeurs de services à tenir compte des réalités sociales, politiques, linguistiques et spirituelles. Le projet de recherche sur la sécurité culturelle mené par le Comité porte sur les populations autochtones et sur les pourvoyeurs de services aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale au sein des communautés des Premières nations, des Inuit et des Métis. Il veut démontrer comment la sécurité culturelle en tant que valeur, principe et pratique aidera les individus, les familles et

les communautés de diverses cultures à être mieux servies en matière de santé mentale. Le projet a aussi pour but de faire de la sécurité culturelle un élément présent dans tout ce que la Commission entreprend et d'en faire l'un des piliers de la première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et de l'initiative de lutte à la stigmatisation appelée *Changer les mentalités*.

En 2010-2011, on a procédé à deux revues de la documentation, à la suite desquelles on a rédigé deux mémoires, l'un étant un examen critique de la sécurité culturelle et l'autre portant sur l'inclusion sociale. De plus, on a tenu des discussions de groupe en divers endroits au Canada pour explorer le concept de la sécurité culturelle. Les chercheurs ont par la suite analysé ces données et en ont fait une synthèse. En juin 2010, la Nation Tsuu T'ina et le Comité ont coparrainé une rencontre à Calgary où l'on a mis à l'épreuve les connaissances acquises à la suite de ces discussions. Des adjoints de recherche de l'université de la Saskatchewan ont mené une deuxième analyse des données préalablement à la préparation du rapport final qui devrait être publié en 2011. Un rapport intermédiaire intitulé *Holding Hope in Our Hearts: Relational Practice and Ethical Engagement in Mental Health and Addictions, Background Paper* a été déposé en novembre 2010.



Ensemble, nous créons un système de santé mentale qui répond aux besoins des Autochtones



Membres du Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis.



À l'intérieur de la Grande maison de la nation Songhees, à Victoria, en Colombie Britannique, des diplômés célèbrent l'obtention du diplôme qui couronne leurs études de maîtrise en éducation avec spécialisation en counselling auprès des collectivités autochtones de l'université de Victoria.



Lorna Williams, Ph. D., (à gauche), Chaire de recherche du Canada sur la connaissance et l'apprentissage chez les autochtones, prend la parole lors de la cérémonie de remise des diplômes du programme de maîtrise en éducation avec spécialisation en counselling auprès des collectivités autochtones de l'université de Victoria. Conçu par Lorna Williams, ce premier programme de maîtrise au pays offre une façon efficace de familiariser les conseillers avec les méthodes autochtones et occidentales de guérison émotionnelle et psychologique. Lorna Williams est accompagnée de Terry Adler (au milieu) et de Bill Mussell (à droite).



Un programme d'apprentissage sur la sécurité et les connaissances culturelles nommé *One Focus; Many Perspectives* a été mis à l'essai à divers paliers de la Commission au début de 2011 et l'on prévoit mettre au point du matériel à la mi-année. Le programme comprend aussi un volet sur la stigmatisation. Par ailleurs, un DVD intitulé *Glimpses of Light*, qui a été publié en 2011, exprime de façon tangible le concept de la sécurité culturelle par le biais de témoignages venant de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Du matériel pouvant servir aux fins d'enseignement, ainsi qu'une marche à suivre pour la conception et l'organisation de formations sont aussi en voie de préparation.

Directives en matière d'éthique : Ce projet de recherche a pour but de créer un cadre éthique qui servira à orienter la prévention, la promotion et l'intervention auprès des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis dans les services de première ligne. Quoique le cadre éthique puisse s'appliquer à l'ensemble des soins de santé et des services sociaux, son application se fait principalement dans les services de santé mentale et de toxicomanie de première ligne, là où les autochtones les plus à risque vont pour chercher de l'aide.

Une table ronde nationale de consultation sur ce projet s'est tenue à Saskatoon à la fin de 2009 avec 65

participants venus de partout au pays. La Direction générale de la Santé des Premières nations, des Inuits et des autochtones de Santé Canada a assumé les coûts de cette table ronde. Deux mémoires ont aussi été publiés à la suite d'une revue de la documentation. L'un donne un aperçu sur l'éthique et les cadres éthiques concernant tout particulièrement la population et la santé publique et l'autre analyse le concept et favorise la création d'un « espace éthique » au sein duquel on donnerait aux points de vue autochtones, telle l'idée de responsabilité morale, la même valeur que celle accordée aux principes éthiques occidentaux. La version définitive du cadre éthique devrait être disponible à la mi-2011.

On a aussi poursuivi en 2010-2011 la réalisation d'un film à des fins d'enseignement du rôle de l'éthique dans la prestation des services de santé mentale et de toxicomanies aux populations autochtones. Ce film sera l'un des éléments intégrés à une série d'outils qui seront créés et diffusés dans le cadre du projet. Un deuxième documentaire est également en préparation sur la réforme du système de protection de la jeunesse, l'éthique et le bien-être mental des enfants autochtones placés en famille d'accueil. De plus, on prévoit créer un site Web interactif du projet.

Des parents et des amis sont rassemblés à l'extérieur de la Grande maison de la nation Songhees, à Victoria, en Colombie Britannique, pour féliciter les diplômés du programme de maîtrise en éducation avec spécialisation en counselling auprès des collectivités autochtones. Les diplômés du programme de l'Université de Victoria possèdent les compétences pour offrir du counselling adapté à la culture autochtone.

Comité consultatif sur la santé mentale et la loi

« Nous nous devons d'accorder aux personnes qui vivent avec des troubles mentaux ou une maladie mentale le même degré de respect et de considération et les mêmes droits qu'aux personnes qui ont une maladie physique (le cancer, le diabète ou le sida) et, à vrai dire, qu'à toute la population. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

La Commission de police de la Saskatchewan et d'autres leaders locaux des forces policières ont donné l'exemple en préconisant des changements politiques importants dans le but de protéger la vie privée des personnes ayant une maladie mentale.

Une nouvelle politique provinciale a ainsi été adoptée en Saskatchewan. Celle-ci stipule que les ordonnances et les autres dossiers produits en vertu de la loi sur les services de santé mentale ou de la loi sur la désintoxication et la stabilisation des adolescents ne seront pas divulgués durant les contrôles de sécurité des enquêtes criminelles. Toutes les forces de police de la province, y compris la Police provinciale de la

Saskatchewan (GRC), ont adopté cette politique qui protège véritablement la vie privée des personnes atteintes de maladie mentale.

(Gauche à droite) Clive Weighill, chef de police au Service de police de Saskatoon, Warren Koch, formateur sur les questions liées à la santé mentale au *Saskatchewan Police College* et personne ayant un vécu de la maladie mentale et Terry Coleman, conseiller municipal de Moose Jaw, ancien chef de police au Service de police de Moose Jaw et membre du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi.

Photo : Jill Lanigan

Le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi se penche sur de nombreuses questions dont les suivantes :

- comment améliorer la réglementation, les politiques et les services de façon à favoriser l'équité et l'inclusion sociale des gens qui vivent avec des problèmes de santé mentale,
- comment trouver un équilibre entre la sécurité du public et la nécessité de donner des soins et des traitements appropriés aux personnes les plus à risque dans notre société,
- comment des changements au système pénal pourraient réduire le taux d'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux et leur permettre d'obtenir des soins en milieu hospitalier avant que leurs gestes n'aient des conséquences sur le plan pénal,
- comment envisager le type de services éducatifs et de soutien dont les policiers ont besoin pour qu'ils puissent mieux gérer les interventions auprès des personnes vivant avec des troubles mentaux graves.

Projet sur la formation des policiers : Dans le cadre de ce projet, on a dressé un inventaire du contenu relatif à la santé mentale dans les programmes de formation continue des corps policiers. Ce rapport publié en 2010 comprenait des recommandations relatives à un modèle de formation continue dans ce domaine. De plus, on a mené une étude des interventions policières auprès des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et on en a présenté les conclusions en mars 2011 à l'occasion de la *Pacific Forensic Psychiatry Conference* à Vancouver. L'étude était dirigée par l'organisme BC Mental Health and Addiction Services avec la collaboration de l'université Simon Fraser, de l'université de la Colombie-Britannique et de l'Association canadienne pour la santé mentale (section de la Colombie-Britannique). Ce projet est maintenant terminé et l'on espère que les conclusions des deux rapports auront un effet sur la formation et l'apprentissage des policiers partout au pays. Des activités d'échange de connaissances sur ces deux rapports ont été entreprises en 2011.



Ensemble, nous favorisons l'équité et l'inclusion sociale de ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale



Membres du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission

Évaluation de la protection des droits de la personne : Le Comité travaille de concert avec la section régionale de Winnipeg de l'Association canadienne de la santé mentale et le Public Interest Law Centre of Legal Aid du Manitoba afin de créer un instrument qui servira à évaluer si l'on tient compte des droits de la personne dans la réglementation, les politiques et les services visant les personnes ayant une maladie mentale. Cet instrument est mis à l'essai actuellement en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse. On s'attend à ce qu'il soit prêt en septembre 2011. Au début de 2011, le groupe consultatif des utilisateurs de services du projet a également conçu une présentation Photovoice en utilisant des médias mixtes pour décrire l'expérience et le point de vue de ses membres en ce qui a trait aux droits de la personne dans le contexte de la santé mentale. Elle a été montrée pour la première fois à la conférence de la Société pour les troubles de l'humeur en mars.

Projet sur le parcours des personnes non responsables au criminel : Le Comité subventionne une étude en cours en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec pour examiner le parcours (cheminement dans le système pénal et le système de soins de santé) des personnes qui n'ont pas été tenues criminellement responsables en raison de leurs troubles mentaux. L'étude a porté notamment sur la durée du séjour dans un établissement, le traitement fourni et la réaction des individus. Les conclusions de l'étude renseigneront les parties intéressées sur les changements nécessaires sur les plans clinique, organisationnel ou réglementaire en ce qui concerne les personnes non responsables au criminel. On a complété la collecte des données quantitatives au Québec au cours de la dernière année, tandis que ce travail devrait être terminé en Ontario et en Colombie-Britannique d'ici août 2011. Les membres du comité du projet ont aussi publié un mémoire en 2010 sur la notion de « non-responsabilité en matière pénale » dans le *Canadian Journal of Community Mental Health*. Le projet devrait arriver à terme en août 2012.

Autres travaux : Au cours de la dernière année, le Comité a collaboré avec le Service correctionnel du Canada à la préparation de la stratégie en matière de santé mentale pour le système correctionnel. Les membres du Comité ont participé à un groupe de travail chargé d'élaborer des références communes et des procédures à intégrer à la stratégie. De plus, le Comité a continué à recommander que les corps policiers au pays adoptent comme politique de ne pas révéler à des tiers les cas d'arrestations en vertu des lois sur la santé mentale. Cette prise de position a été adoptée par le conseil d'administration de la Commission en mai 2008. La Saskatchewan est pour l'instant la seule province à s'être dotée d'une telle politique.



Ensemble, nous favorisons l'équité et l'inclusion sociale de ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale



Rick Hanson, chef de police de Calgary, prononçant une allocution lors de l'assemblée générale annuelle de la Commission, à Toronto, en juin 2010. M. Hanson partage ses réflexions au sujet de l'appareil judiciaire et policier et sur des questions de santé mentale.

(Gauche à droite) Louise Bradley, présidente et directrice générale de la Commission, Rick Hanson, chef de police de Calgary et Michael Kirby, président du conseil d'administration de la Commission



L'un des projets que mène le Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission consiste à étudier les interactions entre la police et les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les résultats de cette étude seront intégrés à la formation dispensée aux policiers dans l'ensemble du Canada.

(Gauche à droite) Clive Weighill, chef de police au Service de police de Saskatoon, Warren Koch, formateur sur les questions liées à la santé mentale au *Saskatchewan Police College* et personne ayant un vécu de la maladie mentale et Terry Coleman, conseiller municipal de Moose Jaw, ancien chef de police au Service de police de Moose Jaw et membre du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi.



(Gauche à droite) Clive Weighill, chef de police au Service de police de Saskatoon et Terry Coleman, conseiller municipal de Moose Jaw, ancien chef de police au Service de police de Moose Jaw et membre du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi.

Comité consultatif sur les sciences

« La recherche fondée sur de multiples sources de connaissances — notamment les données scientifiques, les pratiques cliniques et l'expérience de personnes qui vivent avec des troubles mentaux ou une maladie mentale et celle de leur famille, les leçons tirées des tentatives de réformer les politiques et la prestation de services et les connaissances ancrées dans diverses traditions culturelles — permet de créer des approches assurant un traitement et une prévention efficaces et d'améliorer les politiques, les pratiques et les activités visant à promouvoir la santé mentale »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

Le Comité consultatif sur les sciences a établi un partenariat avec le Centre de ressources multiculturelles en santé mentale en vue d'élaborer et d'évaluer des ressources multiculturelles en santé mentale au Canada. Le Centre souhaite accroître la qualité et l'offre de services de santé mentale adaptés aux besoins des personnes de cultures et d'origines ethniques diverses dont les immigrants, les réfugiés et les membres de communautés ethnoculturelles reconnues. Le Centre possède un site Web, accessible au www.mmhrc.ca/?q=fr, qui propose des ressources à l'intention des patients, des familles, des organismes communautaires, des professionnels et des planificateurs de soins de santé.

(Gauche à droite) Abdel Hamid Afana, Ph. D., Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale de l'Université McGill; Jaswant Guzder, M.D., professeure agrégée au département de psychiatrie de l'Université McGill; John Docherty, coordonnateur de programme au Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée; Sadeqa Siddiqui, coordonnatrice de projet au Centre communautaire des femmes Sud-Asiatiques.

Photo : Paul-André Laroque

Le Comité consultatif sur les sciences offre au personnel de la Commission des conseils portant sur des questions d'ordre scientifique.

Réseau de pairs et d'utilisateurs de services voué à la recherche : Ce projet vise à promouvoir l'établissement d'un réseau permettant aux personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale de participer à des activités de recherche. Il faciliterait le contact entre ces dernières et des chercheurs des milieux communautaire ou universitaire qui s'intéressent à la recherche sur la santé mentale et les toxicomanies où interviennent des pairs et des utilisateurs de services.

L'équipe de projet a terminé ses travaux en mars 2011 et a remis au Comité un rapport final et le matériel suivant :

- Deux revues des travaux de recherche et de la documentation produits au Canada et à l'étranger : le *Online Summary of Consumer/Peer Mental Health Research in Canada: An Emerging Story* et le *International Consumer/Peer Research Summative Paper*,
- Une étude de recherche appliquée intitulée *Emerging Themes of Consumer Peer Research in Canada*, qui s'appuie sur 16 entrevues individuelles approfondies menées auprès de chercheurs ayant une expérience à titre de pairs ou d'utilisateurs de services,
- Le mandat du Réseau de pairs et d'utilisateurs de services voué à la recherche.

La structure générale d'un site Web pour le Réseau a été établie au cours de l'année. Ce site s'intégrera à celui du Centre d'échange des connaissances de la Commission. Lorsqu'il sera lancé, le site Web du Réseau comportera des documents, un calendrier, des propositions de recherche, un registre des membres ainsi qu'une tribune. Au cours de l'année, l'équipe du projet a aussi étudié la possibilité d'utiliser les ressources potentielles du Centre d'échange des connaissances pour élargir le Réseau et enrichir le site Web.

Santé mentale en contexte multiculturel : Ce projet vise les divers groupes ethnoculturels ainsi que les pourvoyeurs de services et les responsables de l'élaboration des politiques au Canada. Ses objectifs sont les suivants :

- Évaluer l'incidence des ressources utilisées dans le système de santé mentale actuel pour venir en aide aux différentes populations ethnoculturelles,
- Élaborer et évaluer les ressources spécifiquement adaptées à la diversité culturelle dans le domaine de la santé mentale au Canada qui sont largement utilisées par les personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi que par les praticiens, les responsables de l'élaboration des politiques et les organismes communautaires du milieu de la santé mentale.



Ensemble, nous mettons la recherche à profit pour accroître les connaissances et pour sensibiliser aux questions de santé mentale



Membres du Comité consultatif sur les sciences de la Commission.

Comité consultatif sur les aînés

« L'objectif pour les adultes plus âgés, à toutes les étapes du processus de vieillissement, est de s'assurer d'atteindre la meilleure qualité de vie possible, d'être traités avec dignité et respect, et de recevoir les meilleurs traitements pour éviter les troubles mentaux et les maladies mentales qui peuvent apparaître pendant des périodes de transition associées au vieillissement, y compris la retraite, la modification du revenu, le déclin physique, la modification du réseau de soutien social (p. ex. en raison de la perte d'un conjoint) et l'augmentation de l'isolement social. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

Le Comité consultatif sur les aînés a travaillé au développement d'une nouvelle version des *Directives sur la prestation de services complets aux aînés atteints de troubles mentaux*. Cet outil de référence sera utilisé par les cliniciens, les planificateurs et les organismes du Canada qui ont pour mandat de prodiguer d'excellents soins aux aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale et des services de soutien aux familles. Les centres de soins de longue durée, tel le centre Beverley de Calgary, en Alberta, font partie de l'éventail de services auxquels les aînés doivent pouvoir

accéder, tout comme les services offerts en centre hospitalier ou en milieu communautaire.

(Gauche à droite) Sharon Moore, Ph. D., infirmière et membre du Comité consultatif sur les aînés de la Commission et professeure agrégée, centre d'études sur les sciences infirmières et la santé, université Athabasca, Alberta; Rose Murray, résidente du centre Beverley, Calgary; Sue Hall, infirmière au service de pastorale du centre Beverley, Calgary

Photo : Dave Walker

La mission du Comité consultatif sur les aînés est de veiller à ce que l'on accorde toute l'importance nécessaire à la santé mentale des aînés en s'assurant que les travaux de la Commission tiennent compte de toutes les étapes de la vie et que ses initiatives prêtent une attention particulière aux problèmes de santé mentale des aînés.

Le Comité travaille à des projets qui ont pour but, d'une part, d'assurer que les aînés atteints de problèmes de santé mentale reçoivent des services de qualité et, d'autre part, de combattre la stigmatisation associée à la maladie mentale qui se manifeste à l'endroit des aînés, des membres de leur famille, des aidants naturels, des professionnels et des pourvoyeurs de soins de santé, des organismes, des institutions et des responsables de l'élaboration de politiques.

Projet de lignes directrices : Ce projet s'intéresse aux aînés atteints de problèmes de santé mentale et constitue une source d'information indispensable pour tous les pourvoyeurs de services de santé et ceux qui planifient ces services. Le document datant de 1988 intitulé *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux* est, depuis 20 ans, une importante source de référence pour les planificateurs de services de santé ainsi que pour les groupes qui militent en faveur de la santé mentale des aînés. Dans le cadre de ce projet, ces lignes directrices seront révisées en veillant à ce qu'elles soient fondées sur des données probantes et sur des principes. On développera aussi des critères de référence visant la planification de services de santé mentale complets à l'intention des aînés du Canada. On a terminé l'ébauche des nouvelles lignes directrices au début de 2011 et l'on prévoit en publier la version définitive d'ici la fin de l'année.

La version révisée des lignes directrices a été développée en trois étapes :

1. Nous avons réalisé une revue complète de la documentation sur les services offerts aux aînés en portant une attention particulière aux critères de référence utilisés au Canada et ailleurs dans le monde,
2. Nous avons procédé à une enquête, à partir des critères de référence identifiés, sur les services de santé mentale offerts aux aînés,
3. Nous avons mené un processus de consultation sur le projet de lignes directrices intégrant les conclusions de l'enquête mentionnée plus haut et les contributions de divers groupes de partenaires. On a ainsi sollicité le point de vue des aînés ainsi que celui des membres de leur famille et des professionnels de la santé.

La version révisée des lignes directrices visera plus particulièrement les pourvoyeurs de services de santé mentale aux aînés et les planificateurs de tels services. Cela dit, le but ultime de ce document est d'assurer que les aînés du Canada ayant des problèmes de santé mentale reçoivent des services et un soutien qui soient complets et optimaux. Ces lignes directrices contribueront aussi au développement de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada en fournissant à la Commission un modèle global sur lequel on pourra fonder la réforme du système de santé mentale pour les aînés. Elles permettront aussi de voir comment on peut intégrer les principes clés de la stratégie, tels que le rétablissement, la promotion de saines habitudes de vie et la prévention, dans la prestation des services de santé mentale aux aînés.

En collaboration avec le Centre d'échange des connaissances et le service des communications de la Commission, le comité du projet a également entrepris en 2011 de créer une version interactive des lignes directrices ainsi qu'une communauté virtuelle de praticiens.

Lutte à la stigmatisation : Ce projet, lancé à la fin de 2010, repérera et créera des outils pour contrer la stigmatisation que vivent les aînés atteints de problèmes de santé mentale lorsqu'ils obtiennent des services. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées s'est associée à la Commission pour la réalisation de ce projet. Le projet en est au stade de la planification, de la revue de la documentation et de l'analyse du contexte.



Ensemble, nous améliorons la qualité de vie des aînés



Membres du Comité consultatif sur les aînés de la Commission.



Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services

« Le système de santé mentale, dans son sens le plus large, devrait englober toutes les activités qui offrent aux personnes vivant au Canada la possibilité d'atteindre le meilleur niveau de santé mentale possible et les moyens de saisir cette opportunité. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

Loïse Forest travaille dans le milieu de la santé mentale à Montréal en tant que pair. Au Québec, elle agit aussi à titre de consultante sur le rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs droits. Loïse Forest fait partie de l'équipe de la Commission qui a produit le rapport intitulé *Faire avancer la cause du soutien par les pairs* et qui en fait la promotion. Ce rapport sert à sensibiliser les responsables des orientations politiques provinciales, les bailleurs de fonds et d'autres partenaires à l'importance des services de soutien par les pairs en santé mentale. Aussi, il fournit des conseils sur les façons de faire valoir et d'accroître ce type d'interventions dans chaque province.

Le Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services a pour mission de conseiller la Commission de la santé mentale du Canada relativement aux conditions nécessaires pour créer des systèmes de soins de santé hautement performants en matière de santé mentale. Ces conditions comprennent la diversité, les programmes de soutien par les pairs et ceux gérés par les utilisateurs de services, le logement pourvu de services de soutien, la planification des ressources humaines en santé, la capacité à traiter les troubles concomitants et l'établissement de points de contacts entre les soins de santé primaires et le système de la santé mentale dans tout le pays. Les travaux du comité englobent des secteurs relevant tant de la compétence fédérale que des systèmes de soins de santé provinciaux.

Diversité : Ce projet, qui cible les divers groupes ethnoculturels, les immigrants, les réfugiés et les populations marginalisées, vise à promouvoir les pratiques prometteuses pouvant être incluses dans la stratégie en matière de santé mentale au Canada et à développer un consensus autour des stratégies que les provinces et les systèmes de santé mentale régionaux peuvent considérer afin de satisfaire les besoins d'une population de plus en plus diversifiée. En

2009, le Comité a publié le rapport *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services*. Ce rapport est disponible sur le site Web de la Commission, au www.commissionsantementale.ca, dans la section du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services.

Un comité directeur, formé pour mettre en œuvre un plan d'échange et de mise en application des connaissances, a reçu une subvention de 10 000 dollars de la *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*. Le comité directeur a conçu et donné un atelier en Alberta en mai 2010 à l'intention des décideurs en matière de santé mentale afin d'examiner les obstacles qui entravent et les possibilités qui favorisent la mise en œuvre des stratégies exposées dans le rapport. L'échange de connaissances se poursuit en 2011. Entre autres, il y aura des webinaires et d'autres activités conçues pour assurer une plus grande diffusion du rapport.

Soutien par les pairs : En septembre 2010, le Comité a publié un rapport intitulé *Faire avancer la cause du soutien par les pairs* qui donne une description détaillée du soutien par les pairs au Canada et à l'étranger. L'équipe du projet a

constaté que le soutien par les pairs est efficace. Il peut même sauver des vies en permettant aux individus de développer des compétences, d'acquérir plus de confiance en eux et de retrouver espoir. Le rapport démontre aussi que le soutien par les pairs en est à ses débuts : c'est un type d'intervention prometteur mais qui manque malheureusement de reconnaissance et de ressources. Ce rapport est aussi disponible sur le site Web de la Commission, au www.commissionsantementale.ca, dans la section du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services.

Ce rapport est le résultat d'un projet mené par un comité relevant du Comité consultatif et formé de personnes utilisatrices de services de santé mentale, de pourvoyeurs de services et d'employés de la Commission. En plus d'examiner les rapports de recherche réalisés au Canada et à l'étranger sur le soutien par les pairs, le projet a permis de consulter directement des décideurs du gouvernement et des personnes impliquées dans des initiatives menées par des pairs partout au Canada. L'équipe de recherche était formée de leaders internationaux du milieu du soutien par les pairs. Elle a reçu plus de 200 réponses écrites et rencontré plus de 600 personnes individuellement ou réunies dans

des groupes de réflexion de partout au Canada. Parmi les répondants, il y avait des personnes ayant un vécu de la maladie mentale, des membres de la famille, des pourvoyeurs de services, des responsables de l'élaboration de politiques et d'autres personnes qui ont accepté de raconter leur expérience et de parler de l'espoir que suscite le soutien par les pairs.

Les activités d'échange de connaissances en 2010-2011 comprenaient la rédaction, en français et en anglais, d'un résumé du rapport et des présentations PowerPoint portant sur le document intitulé *Faire avancer la cause du soutien par les pairs*. Des webinaires en anglais et en français ont eu lieu au début de l'année 2011.

Le travail se poursuit pour faire avancer les recommandations exposées dans le rapport. Certaines d'entre elles ont déjà alimenté un projet connexe de la Commission intitulé *Projet des pairs*.

Stratégie relative à la provision de logements avec services de soutien : Le Comité a entrepris ce projet pour informer la Commission des besoins actuels en matière de logement des personnes atteintes de problèmes de santé mentale au Canada.

Ce projet de recherche a pris fin au printemps 2010. Le comité du projet

a procédé à une revue de la documentation pertinente et effectué une analyse du contexte du logement et des services de soutien connexes dont ont besoin les personnes atteintes de problèmes de santé mentale au Canada. Cette analyse a identifié et décrit les besoins actuels en matière de logement et de ressources communautaires, l'offre de nouveaux logements, l'engagement des gouvernements, les consultations avec des partenaires principaux et une proposition de normes et de critères de référence.

La recherche comprenait cinq questionnaires en ligne qui ont permis de mieux connaître les besoins actuels en matière de logement et de services connexes des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de dépendance. Chaque questionnaire visait différents partenaires : 1) les personnes ayant des problèmes de santé mentale, 2) les membres de la famille des personnes

ayant des problèmes de santé mentale, 3) les administrateurs d'hôpitaux et les dirigeants de cliniques, 4) les fournisseurs de logements et 5) les pourvoyeurs de services communautaires de santé mentale.

Le comité du projet a prévu finaliser le rapport en juin 2011 et présenter des recommandations pour améliorer la situation du logement et des services de soutien au Canada. Un processus a aussi été mis en place pour que des réunions d'échange de connaissances aient lieu régulièrement avec les groupes de référence établis par l'équipe du projet partout au pays. La première réunion était prévue en mai 2011. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont aussi accordé une subvention de 25 000 dollars pour appuyer des activités d'échange de connaissances.



Ensemble, nous créons un système de santé mentale solide qui bénéficie à la population canadienne



Membres du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services.



Comité consultatif sur la santé en milieu de travail

« Plusieurs mesures peuvent être prises pour promouvoir la santé mentale en milieu de travail. (...) En plus d'améliorer la santé mentale et le bien-être général, de tels efforts peuvent contribuer à la productivité et à la réduction des coûts de plus en plus élevés associés aux demandes d'indemnisation pour des troubles physiques et psychologiques. »

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada

Tous les jours, des milliers de résidents de Calgary empruntent le système de transport public C-Train pour se rendre au travail. Les membres du comité d'examen du projet d'élaboration d'une norme nationale en matière de santé et de sécurité psychologiques en milieu de travail se rendent au bureau de la Commission de la santé mentale du Canada. La publication de cette norme volontaire, une première en son genre au monde, est prévue pour 2012.

(Gauche à droite) Mary Ann Baynton, Mary Ann Baynton and Associates Consulting; Roger Bertrand, Groupe de promotion pour la prévention en santé; Jim Ferrero et Daniel Langlais, Bureau de normalisation du Québec; Annette Thrasher, Ressources humaines et Développement des compétences Canada; Jeanne Bank, Association canadienne de normalisation.

Photo : Dave Walker



Ensemble, nous créons des milieux de travail sécuritaires et sains sur le plan psychologique

Le Comité sur la santé en milieu de travail travaille à la conception de méthodes qui offrent aux dirigeants d'entreprises – ainsi qu'aux milieux de travail et à la main-d'œuvre en général – les outils nécessaires pour modifier la façon d'aborder la maladie mentale au travail. Ces outils visent à accroître la capacité des milieux de travail en matière de santé mentale et de sécurité psychologique pour favoriser la santé mentale du personnel et améliorer l'environnement de travail sur une base continue.

Rapport sur la santé mentale en milieu de travail. En mai 2010, Martin Shain, Ph. D., a publié son second rapport intitulé *Une bataille juridique tout à fait légitime*. L'expert en santé mentale au travail y affirme que la lutte visant à protéger la santé mentale en milieu de travail a fait le saut dans l'arène juridique et que les employeurs sont désormais tenus d'instaurer un climat sécuritaire sur le plan psychologique. Le document a officiellement été rendu public par la Commission de la santé mentale du Canada lors d'une réunion organisée en collaboration avec la compagnie d'assurance-vie Great-West en septembre 2010. Les employeurs, dirigeants syndicaux, spécialistes en santé et sécurité au travail et experts juridiques réunis pour l'occasion à Vancouver ont réagi au rapport et discuté des stratégies, des outils et du soutien requis pour que les employeurs offrent de tels milieux de travail.

Norme sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail au Canada. Par suite du dépôt du rapport de Martin Shain, la Commission a consacré une partie de l'année à la préparation d'une norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Cela s'est fait avec l'appui de partenaires financiers tels que le gouvernement canadien – plus précisément Ressources humaines et Développement des compétences Canada, l'Agence



Membres du Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail.



Le lieutenant-colonel Stéphane Grenier présente le projet de soutien par les pairs de la Commission. Ce projet vise à promouvoir le recours au soutien par les pairs grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de normes nationales régissant l'exercice de la profession de pair aidant.

de la santé publique du Canada et Santé Canada – ainsi que Bell Canada. La Commission s’est également associée au Bureau de normalisation du Québec et à l’Association canadienne de normalisation pour ce projet. La publication de la norme est prévue d’ici la fin de l’été 2012. Les employeurs qui souhaitent évaluer, créer et maintenir un milieu de travail sécuritaire et sain sur le plan psychologique pourront adhérer à cette norme sur une base volontaire.

Leadership et politiques pour les cadres de direction. Ce projet cible les cadres de direction et les hauts dirigeants du Canada. En 2010, des lignes directrices sur le leadership ont été rédigées à leur intention afin de les encourager à prendre un engagement clair envers la santé mentale en milieu de travail. Ces lignes constituent le premier outil que peuvent utiliser les entreprises pour améliorer leur climat de travail afin que les employés confrontés à un problème de santé mentale évoluent dans un meilleur contexte. Ces lignes directrices peuvent également leur permettre de réduire les risques pour la santé mentale et de hausser la sécurité psychologique pour l’ensemble de leur personnel. Pour de plus amples renseignements, rendez-vous au www.csmcdirection.ca.

Revenus durables et emploi pour personnes sans emploi. Ce projet s’adresse aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale qui n’ont jamais travaillé ou qui n’ont pas été sur le marché du travail pendant une période prolongée ainsi qu’aux personnes atteintes de maladie ou d’un trouble mental épisodique pour qui l’assurance invalidité s’avère insuffisante. Le comité du projet a étudié les pratiques prometteuses utilisées par des initiatives canadiennes en matière d’emploi (p. ex., le soutien à l’emploi, les entreprises alternatives ou gérées par des pairs, les entreprises privées, etc.) et mis au point un modèle législatif pour les prestations d’invalidité. En novembre 2010, le comité publiait un rapport de mi-parcours. En mars 2011, il a rencontré des responsables canadiens de l’élaboration de politiques pour établir la meilleure formulation possible des conclusions du projet à leur intention. Le comité prévoit parachever son travail d’ici l’automne 2011.

Amélioration de la santé mentale en milieu de travail. Ce projet vise à offrir aux employés et aux employeurs canadiens une information de meilleure qualité sur les programmes ayant démontré leur efficacité à améliorer la santé mentale en milieu de travail. Un guide proposant aux employeurs des moyens d’améliorer leur environnement de travail devrait être produit d’ici le milieu de l’année 2011.

Projet de soutien par les pairs. Le recours à des approches de soutien par les pairs s’appuie sur le principe que les personnes qui ont vécu, subi et surmonté l’adversité occasionnée par la maladie mentale peuvent apporter un soutien bénéfique, de l’encouragement et de l’espoir à d’autres personnes qui font face à des

situations similaires. Par l’entremise de ce projet, la Commission souhaite valider les interventions de soutien par les pairs pour qu’elles s’intègrent au continuum de services fournis aux personnes confrontées à un problème de santé mentale. Elle espère aussi que les milieux de travail offriront plus de services de soutien par les pairs.

En 2010, l’équipe responsable du projet a entrepris une vaste consultation nationale durant laquelle près de trois cents pairs aidants issus de plus d’une centaine de villes canadiennes ont manifesté leur intérêt à collaborer au projet. L’équipe a alors élaboré un cadre qui comprend des normes de pratique pour le soutien par les pairs. Ce cadre propose un code de conduite et présente les compétences, les connaissances et l’expérience que devraient posséder les pairs aidants, cela en vue d’établir une accréditation nationale. Il inclut également des critères permettant de déterminer si les organismes qui souhaitent mettre en place et gérer des services de soutien par les pairs sont bien préparés.

Le projet doit maintenant s’associer à des organismes capables d’intégrer le soutien par les pairs et de procéder à son évaluation. Ainsi des données pourront-elles être produites sur les approches qui conviennent le mieux aux différents types d’organismes.

En parallèle, le projet doit également concentrer ses efforts sur la validation du processus d’accréditation des pairs aidants avec des pourvoyeurs de services qui utilisent cette approche. Les volets recherche et évaluation du projet sont soutenus par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, l’université d’Ottawa, l’université Queen’s et le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto.

Maîtres d'œuvre

La Commission de la santé mentale du Canada a recruté certains des experts les plus expérimentés, les mieux renseignés et les plus passionnés du milieu de la santé mentale, parmi lesquels se trouvent des personnes ayant vécu l'expérience de la maladie mentale, pour siéger à son conseil d'administration, ses huit comités consultatifs, son équipe de direction et son personnel.

Cette équipe travaille avec un large éventail de partenaires au pays afin de concevoir une stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, combattre la stigmatisation, générer des connaissances, mettre ces connaissances en application et opérer un changement de politiques pour transformer le système de la santé mentale et la vie de ceux et celles qui ont des problèmes de santé mentale.



Le conseil d'administration de la Commission oriente, appuie et encourage celle-ci dans la réalisation de son mandat. Le conseil est formé d'administrateurs désignés par le gouvernement et d'autres élus par le conseil. Ils proviennent de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada et ils représentent la vaste communauté des partenaires de la santé mentale au pays.

(Gauche à droite) Manitok Thompson; Dana Heide; Chris Summerville; Kevin McNamara; Louise de

Bellefeuille; Michael Kirby; Patrick Dion; Madeleine Dion Stout; David S. Goldbloom, M.D.; Andy Cox; Lorraine Breault; Fern Stockdale-Winder; Dan Florizone; Jeannette LeBlanc; Joan Edwards-Karmazyn

Absents : J. Michael Grass, James Morrissey, Morris Rosenberg, Mary May Simon, Milton Sussman et Glenda Yeates

Photo : Brian Dupuis

Administrateurs et administratrices

Louise de Bellefeuille
Hôpital général juif, Québec

Lorraine Breault, Ph. D.
Université de l'Alberta, Alberta

Andy Cox
Centre de santé IWK (Izaak Walton
Killam), Nouvelle-Écosse

Patrick Dion
Fonction publique de l'Ontario

Madeleine Dion Stout
Dion Stout Reflections Inc,
Colombie-Britannique

Dan Florizone
Fonction publique de la
Saskatchewan

David S. Goldbloom, M.D., F.R.C.P.C.,
vice-président du conseil d'adminis-
tration de la Commission
Centre de toxicomanie et de santé
mentale, Ontario

J. Michael Grass
Ontario

Dana Heide
Fonction publique des Territoires du
Nord-Ouest

Joan Edwards Karmazyn
Réseau national pour la santé
mentale, Ontario

Michael Kirby, président du
conseil d'administration de la
Commission, Ontario

Jeannette LeBlanc, Ph. D.
Nouveau-Brunswick

Kevin McNamara
Fonction publique de la
Nouvelle-Écosse

James Morrissey
Ernst & Young, Ontario

Morris Rosenberg
Santé Canada, Ontario

Mary May Simon
Inuit Tapiriit Kanatami, Québec
(Nunavik)

Fern Stockdale Winder, Ph. D., vice-
présidente du conseil d'administra-
tion de la Commission
Saskatoon City Hospital,
Saskatchewan

Chris Summerville
Manitoba Schizophrenia Society Inc,
Manitoba

Manitok Thompson
Harvest Moon Acoustics, Alberta
et Nunavut

Milton Sussman
Fonction publique du Manitoba

Glenda Yeates
Santé Canada, Ontario

À noter que certains membres du conseil d'administration n'ont pas siégé jusqu'au terme de l'année financière.

Présidents et présidentes des comités consultatifs

Enfants et jeunes

Simon Davidson, M.D.
Centre hospitalier pour enfants de
l'est de l'Ontario

Aidants membres de la famille

Ella Amir
AMI-Québec, Québec

Premières nations, Inuits et Métis

William Mussell
Native Mental Health Association
of Canada et Salishan Institute,
Colombie-Britannique

Gaye Hanson
Hanson and Associates, Yukon
(intérimaire)

Loi et santé mentale

Edward Ormston
Commission du consentement et de
la capacité, Ontario

Sciences

Elliott Goldner, M.D.
Université Simon Fraser,
Colombie-Britannique

Aînés

Marie-France Tourigny-Rivard, M.D.
Université d'Ottawa, Ontario

Systèmes de prestation de services

Steve Lurie
Association canadienne pour la
santé mentale, Ontario

Santé mentale en milieu de travail

Ian Arnold, M.D.
Conseiller en matière de santé, de
sécurité et de gestion de l'environ-
nement, Ontario

À noter que certains membres des comités consultatifs n'ont pas siégé jusqu'au terme de l'année financière.

Équipe de direction

Louise Bradley, M.Sc, Inf., CHE
Présidente et directrice générale

Jayne Barker, Ph. D.
Vice-présidente, Initiatives de
recherche et Stratégie en matière
de santé mentale

Geoff Couldrey
Vice-président, Savoir et innovation

Michelle McLean, LL.B.
Vice-présidente, Affaires publiques

Jeff Moat
Vice-président, Partenaires pour la
santé mentale

Nathalie Pichette, C.A.
Directrice des finances

John Stokdijk, C.M.A.
Directeur des finances et de
l'administration

À noter que certains dirigeants n'ont pas siégé jusqu'au terme de l'année financière.



Ensemble, nous orientons la transformation du système de santé mentale



Présidents des comités consultatifs en compagnie de dirigeants de la Commission

(Gauche à droite) Steve Lurie, Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services; Gaye Hanson, Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis; Marie-France Tourigny-Rivard, Comité consultatif sur les aînés; Ted Ormston, Comité consultatif sur la santé mentale et la loi; Jayne Barker, vice-présidente, Initiatives de recherche et Stratégie en matière de santé mentale; Simon Davidson, Comité consultatif sur les enfants et les jeunes; Ian Arnold, Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail; Ella Amir, Comité consultatif sur les aidants membres de la famille; Janice Popp, directrice, Politiques et recherche et Stratégie en matière de santé mentale; Elliot Goldner (absent), Comité consultatif sur les sciences



Équipe de direction

(Gauche à droite) Jayne Barker, vice-présidente, Initiatives de recherche et Stratégie en matière de santé mentale; Jeff Moat, vice-président, Partenaires pour la santé mentale; Louise Bradley, présidente et directrice générale; Geoff Couldrey, vice-président, Savoir et innovation; Nathalie Pichette, directrice des finances; Michelle McLean, vice-présidente, Affaires publiques



En janvier 2010, dans le cadre de la campagne de promotion de la santé physique et mentale appelée *Live Right Now* de l'émission « The Current », le réseau CBC a diffusé deux émissions radiophoniques traitant de santé mentale. Steven Page, ancien chanteur du groupe Barenaked Ladies, était l'invité principal de ces émissions. Steven Page a déjà souffert de dépression.

(Gauche à droite) Steven Page, musicien; Anna Maria Tremonti, journaliste et animatrice à la radio de la CBC; David S. Goldbloom, M.D., vice-président du conseil d'administration de la Commission



Rencontre des membres du conseil d'administration de la Commission à Toronto lors de l'assemblée générale annuelle.



(Gauche à droite) Simon Davidson, M.D., président du Comité consultatif sur les enfants et les jeunes et Andy Cox, membre du conseil d'administration, en compagnie de sa femme, Wanda Cox



États financiers de la

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE
DU CANADA

Exercice clos le 31 mars 2011

Les états financiers composent l'un des éléments essentiels du tableau d'ensemble de la Commission de la santé mentale du Canada. Les états financiers 2010-2011 de la Commission ont été vérifiés par la firme indépendante KPMG.



RAPPORT DES AUDITEURS INDÉPENDANTS AUX MEMBRES

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de la Commission de la santé mentale du Canada, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2011, et les états des résultats et de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes, qui comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

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

Responsabilité des auditeurs

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

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

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

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

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de la Commission de la santé mentale du Canada au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Comptables agréés

KPMG s.r.l. / SENCRL

Le 14 juin 2011
Calgary, Canada

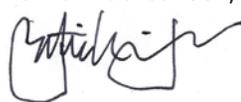
État de la situation financière

Au 31 mars 2011, avec chiffres correspondants de 2010

	2011	2010
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie	6 685 337 \$	4 548 749 \$
Avances relatives à des contrats	2 881 345	1 702 611
Débiteurs	654 120	979 886
Dépôts et charges payées d'avance	149 526	201 093
Stocks	52 985	-
Placements (note 3)	43 463 346	41 471 051
	53 886 659	48 903 390
Placements à long terme (note 3)	18 884 861	48 583 898
Immobilisations (note 4)	1 711 705	726 421
	74 483 225 \$	98 213 709 \$
Passif et actif net		
Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	6 589 996 \$	3 012 219 \$
Frais de programme reportés (note 2b)	28 024	12 221
Apports reportés – exploitation (note 5)	36 558 756	32 996 086
	43 176 776	36 020 526
Apports reportés afférents aux immobilisations (note 6)	1 711 705	726 421
Apports reportés – exploitation (note 5)	29 479 012	61 403 145
Actif net	115 732	63 617
Engagements (note 7)		
Éventualité (note 8)		
	74 483 225 \$	98 213 709 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Au nom du conseil,



Patrick Dion



Michael Kirby

État des résultats et de l'évolution de l'actif net

Exercice clos le 31 mars 2011, avec chiffres correspondants de 2010

	2011	2010
Produits		
Subventions (note 5)	42 755 781 \$	28 232 329 \$
Produits tirés des premiers soins en santé mentale	792 855	-
Intérêts et autres produits	67 465	41 868
	43 616 101	28 274 197
Charges		
Services directs aux clients (note 9)	24 575 370	11 491 768
Salaires et charges sociales	7 967 485	5 565 440
Services	6 193 042	7 441 038
Déplacements	2 411 421	1 797 912
Loyer	673 791	301 346
Réunions et activités	595 834	820 598
Documents	754 347	512 879
Amortissement	392 696	301 348
	43 563 986	28 232 329
Résultat net	52 115	41 868
Actif net à l'ouverture de l'exercice	63 617	21 749
Actif net à la clôture de l'exercice	115 732 \$	63 617 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2011, avec chiffres correspondants de 2010

	2011	2010
Rentrées (sorties) de fonds liées aux activités suivantes :		
Activités d'exploitation		
Résultat net	52 115 \$	41 868 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des apports reportés afférents aux immobilisations (note 6)	(392 696)	(301 348)
Amortissement	392 696	301 348
	52 115	41 868
Variation nette des soldes hors caisse du fonds de roulement		
Avances relatives à des contrats	(1 178 734)	(1 702 611)
Débiteurs	325 765	(890 095)
Dépôts et charges payées d'avance	51 567	(145 691)
Stocks	(52 985)	-
Créditeurs et charges à payer	3 577 777	1 832 265
Frais de programme reportés	15 803	12 221
	2 791 308	(852 043)
Activités d'investissement		
(Achat) rachat de placements	27 706 742	(90 054 949)
Achat d'immobilisations	(1 377 980)	(212 883)
Apports reportés afférents aux immobilisations	1 377 980	212 883
	27 706 742	(90 054 949)
Activités de financement		
Apports reportés	(28 361 462)	91 451 895
Augmentation nette de la trésorerie et des équivalents de trésorerie au cours de l'exercice	2 136 588	544 903
Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice	4 548 749	4 003 846
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	6 685 337 \$	4 548 749 \$
Informations supplémentaires sur les flux de trésorerie		
Intérêts reçus	41 401 \$	36 802 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2011

1. Description des activités

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

- a) faciliter et diriger un processus d'élaboration de stratégie nationale en matière de santé mentale au Canada;
- b) mettre sur pied un centre pancanadien d'échange des connaissances qui donnera accès à de l'information vérifiée à propos de la santé et de la maladie mentale aux gouvernements, aux fournisseurs, aux chercheurs et au grand public, et qui permettra à des personnes de partout au Canada de s'engager dans toute une gamme d'activités de collaboration;
- c) élaborer et mettre en oeuvre une initiative, qui s'échelonnera sur dix ans, pour réduire la stigmatisation de la maladie mentale et éliminer la discrimination envers les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale;
- d) mener une recherche pertinente et « multi-site » en matière de politique qui aiderait à comprendre l'efficacité et les coûts des interventions des services et du réseau visant à permettre aux personnes sans abri et souffrant de maladie mentale d'acquérir une stabilité résidentielle et d'améliorer leur santé et bien-être.

La Commission est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et, par conséquent, est exonérée d'impôt sur le revenu. Le financement de la Commission provient d'accords de contribution avec Santé Canada. Le premier accord prévoit une entente de financement de 110 millions de dollars sur cinq ans se terminant le 31 mars 2013. Comme il a été mentionné au point d) ci-dessus, cette initiative a pour objectif d'étudier les meilleures pratiques d'intervention auprès des personnes souffrant de maladie mentale et des personnes sans abri. Les autres accords, qui prévoient un apport de 5,5 millions de dollars jusqu'au 31 mars 2008 et une entente de financement de 124,5 millions de dollars sur neuf ans se terminant le 31 mars 2017, ont trait aux autres activités décrites cidessus. Les apports sont soumis aux conditions énoncées dans les ententes de financement.

2. Principales méthodes comptables

a) Présentation des états financiers

Les présents états financiers ont été dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

b) Constatation des produits

La Commission applique la méthode du report pour la comptabilisation des apports.

Les apports affectés sont constatés à titre de produits dans l'exercice au cours duquel sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant devant être reçu peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa perception est raisonnablement assurée. Les présents états financiers

tiennent compte des ententes approuvées par Santé Canada en ce qui concerne l'exercice clos le 31 mars 2011.

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

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

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

c) Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie regroupent les montants déposés auprès d'institutions financières et dans des comptes de fonds communs de placement portant intérêt et dont les échéances sont inférieures à trois mois.

d) Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative, comme suit :

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

e) Instruments financiers

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

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

Les instruments financiers de la Commission se composent de la trésorerie et des équivalents de trésorerie, des débiteurs, des placements et des créditeurs et charges à payer. Sauf indication contraire, au 31 mars 2011, il n'existait aucune différence importante entre la valeur comptable et la juste valeur marchande estimative de ces instruments.

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

f) Recours à des estimations

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

g) Stocks

Les stocks sont comptabilisés au plus faible du coût et de la valeur de réalisation nette, le coût étant déterminé selon la méthode du premier entré, premier sorti.

h) Avances relatives à des contrats

Les avances relatives à des contrats découlent des engagements pris envers des fournisseurs de services en application des contrats de services directs qui ont trait à l'initiative de recherche de la Commission à l'intention des personnes souffrant de maladie mentale et des personnes sans abris.

i) Prises de position comptables futures

Avant le 1er avril 2012, la Commission devra choisir l'une des deux options suivantes pour la présentation de ses résultats financiers :

- i) Les Normes internationales d'information financière (« IFRS »)
L'Institut canadien des comptables agréés adoptera les IFRS à titre de PCGR du Canada pour les entreprises ayant une obligation publique de rendre des comptes. Le basculement est facultatif pour les organismes sans but lucratif.
- ii) Les normes comptables pour les organismes sans but lucratif
Le Conseil des normes comptables du Canada (le « CNC ») a publié la norme financière à l'égard d'un nouvel ensemble de normes comptables pour les organismes sans but lucratif. Une grande partie des normes de comptabilisation et d'évaluation de l'actuelle version du Manuel de l'ICCA qui s'appliquent aux organismes sans but lucratif du Canada a été reprise avec peu de modifications.

Ces normes s'appliqueront aux exercices ouverts à compter du 1er janvier 2012. Les normes actuelles continueront de s'appliquer jusqu'à la publication des nouvelles normes. L'adoption de ces nouvelles normes est en cours d'évaluation et

leur incidence sur les états financiers futurs n'est pas connue ni ne peut être raisonnablement estimée pour le moment.

3. Placements

Les placements se composent d'obligations à revenu fixe émises par le gouvernement du Canada, des sociétés d'État et des gouvernements provinciaux dont l'échéance est à moins de deux ans. Les rendements de ces placements varient de 1,02 % à 2,13 % (0,41 % à 2,13 % en 2010). La juste valeur des placements au 31 mars 2011 était de 60 661 072 \$ (89 071 203 \$ en 2010).

4. Immobilisations

	2011		2010	
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Infrastructure de la TI	192 868 \$	90 687 \$	102 181 \$	88 247 \$
Logiciels	202 762	189 448	13 314	13 316
Matériel de bureau	217 717	68 930	148 787	70 198
Mobilier	576 063	175 692	400 371	136 782
Améliorations locatives	1 603 118	556 066	1 047 052	417 878
	2 792 528 \$	1 080 823 \$	1 711 705 \$	726 421 \$

5. Apports reportés liés aux activités d'exploitation

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

	2011	2010
Solde à l'ouverture de l'exercice	94 399 231 \$	2 947 336 \$
Subventions reçues	15 535 000	119 716 548
Moins le montant constaté à titre de produits	(42 755 781)	(28 232 329)
Montants liés aux apports reportés afférents aux immobilisations	(985 284)	88 465
Autres ajustements	(155 398)	(120 789)
Solde à la clôture de l'exercice	66 037 768	94 399 231
Tranche à moins de un an	36 558 756	32 996 086
	29 479 012 \$	61 403 145 \$

6. Apports reportés afférents aux immobilisations

Les apports reportés comprennent les fractions non amorties des apports reçus sous forme d'immobilisations et les apports affectés se rattachant aux conditions énoncées dans les ententes de financement de Santé Canada.

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

	2011	2010
Solde à l'ouverture de l'exercice	726 421 \$	814 886 \$
Apports afférents aux immobilisations	1 377 980	212 883
Montants amortis	(392 696)	(301 348)
Solde à la clôture de l'exercice	1 711 705 \$	726 421 \$

7. Engagements

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

2012	425 128 \$
2013	426 999
2014	212 082
2015	184 249
2016	157 231
	1 405 689 \$

La Commission a conclu des contrats visant des services et de la recherche liés à son initiative axée sur les sans-abri et les gens souffrant de maladie mentale, de même que des contrats liés à des projets qui soutiennent d'autres initiatives qui seront achevées d'ici 2014. Les obligations découlant de ces contrats se présentent comme suit :

2012	26 578 112 \$
2013	25 462 872
2014	107 760
	52 148 744 \$

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

8. Indemnisation

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

9. Services directs aux clients

Les services directs aux clients ont trait à l'initiative de recherche de la Commission à l'intention des personnes souffrant de maladie mentale et des personnes sans abris.

10. Instruments financiers et risques connexes

Justes valeurs

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

Gestion des risques

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

i) Risque de crédit

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

Le risque de crédit de la Commission découle des sommes à recevoir d'un autre organisme. La concentration du risque de crédit résulte de l'exposition à un débiteur unique ou à un groupe de débiteurs présentant des caractéristiques communes de sorte que des changements d'ordre économique, politique ou autre influeraient de façon similaire sur leur capacité de remplir leurs obligations contractuelles. La Commission surveille le risque de crédit en évaluant la recouvrabilité des montants. Un montant de 654,120 \$ (979 886 \$ en 2010) inclus dans les débiteurs à la clôture de l'exercice a trait aux intérêts courus et à d'autres sommes à recevoir. Un montant de 7 886 \$ compris dans les débiteurs se rapportait à des charges engagées pour le compte d'un organisme de bienfaisance nouvellement créé qui appuie le mandat de la

Commission et dont les administrateurs et les dirigeants comprennent le président du conseil d'administration et le chef de la direction de la Commission. Au 31 mars 2011, la Commission n'avait aucune provision pour créances douteuses en raison de la nature de ses sommes à recevoir puisque tous les montants étaient considérés comme facilement recouvrables.

La Commission est exposée au risque de crédit sur ses placements et trésorerie. Elle gère ce risque en s'assurant de respecter les exigences de son entente de financement conclue avec Santé Canada. Conformément à cette entente, tous les placements sont des obligations de qualité supérieure assorties d'une cote d'au moins « A ». La Commission a déterminé que le risque de crédit maximal pour les débiteurs était de néant (2010 - néant), étant donné que le solde se compose principalement d'intérêts courus à recevoir d'obligations de qualité supérieure assorties d'une cote d'au moins « A ».

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

ii) Risque de marché

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

iii) Risque de taux d'intérêt

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

La Commission ne couvre pas l'exposition à ce risque, qu'elle juge minimale. Toute variation de 1 % du taux d'intérêt bancaire donne lieu à une variation annuelle de 66 853 \$ (45 487 \$ en 2010) des intérêts créditeurs.

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

11. Gestion du capital

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



BUREAU DE CALGARY
Commission de la santé mentale du Canada
10301, Southport Lane SO, bureau 800
Calgary (Alberta) T2W 1S7

Tél. : 403 255-5808
Télec. : 403 385-4044

BUREAU D'OTTAWA
Commission de la santé mentale du Canada
100, rue Sparks, bureau 600
Ottawa (Ontario) K1P 5B7

Tél. : 613 683-3755
Télec. : 613 798-2989



<http://goo.gl/aa2LU>



<http://goo.gl/GTV7P>



<http://goo.gl/gOggP>



<http://goo.gl/Zftmn>



<http://goo.gl/O7vJX>

www.commissionsantementale.ca



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada