



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en
matière de santé mentale pour le Canada**

Une lecture critique

**Michelle Nowlan
6587534**

**Mémoire présenté à Monsieur Patrick Fafard, professeur agrégé de
l'École supérieure des affaires publiques et internationales**

**Université d'Ottawa
Le 26 août 2013**

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| <i>Résumé</i> | 2 |
| <i>Introduction</i> | 2 |
| <i>Chapitre 1 La Commission de la santé mentale du Canada et le lancement de la première stratégie canadienne en matière de santé mentale</i> | 7 |
| 1.1 Origine et contenu | 7 |
| 1.2 Les six orientations | 12 |
| 1.3 Revue de littérature | 16 |
| 1.4 Problématique | 21 |
| <i>Chapitre 2 La santé mentale au Canada</i> | 24 |
| 2.1 Le fédéralisme canadien | 24 |
| 2.2 L'organisation des ministères | 28 |
| 2.3 Pouvoir des professionnels dans le système de soins de santé actuel | 34 |
| <i>Chapitre 3 La mise en œuvre des orientations</i> | 39 |
| 3.1 Défis rencontrés | 39 |
| 3.2 Mise en œuvre de la stratégie nationale | 40 |
| <i>Conclusion</i> | 49 |
| <i>Bibliographie</i> | 52 |

Résumé

Le Canada n'a aucune loi qui assure des standards en matière de soins et services en santé mentale spécifiquement. Sur ce, les soins d'intégration, qui vont au-delà des soins primaires, n'ont pas reçu l'appui nécessaire afin de se développer de manière à répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le système de santé mentale s'est alors développé en un système fragmenté et sous financé. La Commission sur la santé mentale du Canada a donc été mise en place pour développer la première stratégie en matière de santé mentale afin d'élaborer des orientations pour réformer l'organisation des soins et services de manière intégrée qui est basée sur le rétablissement. Ce présent mémoire argumente le fait que le système fédéraliste canadien mènera à des défis en lien avec la mise en œuvre des six orientations recommandées et soulève les principaux obstacles associés. L'analyse de la stratégie se fera donc en fonction de l'organisation des législatures et des rôles de chacun des acteurs concernés.

Introduction

La *Commission de la santé mentale du Canada* (CSMC) a été mise en place suite à des recommandations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie en avril 2007. Un des mandats de la commission fut d'élaborer la première stratégie pancanadienne en matière de santé mentale afin de reconnaître les moyens les plus efficaces à répondre aux besoins des personnes qui sont affectées par la maladie mentale ou des troubles mentaux. La commission exprime l'importance du fait que chaque personne devrait être en mesure d'atteindre une bonne santé mentale. Une bonne santé mentale est à la fois l'absence de troubles, de problèmes émotionnels et d'anxiété, ainsi que la capacité de profiter de la vie d'une manière significative (Goldner et coll., 2011 : 2) Elle peut être définie comme un bon état de bien-être qui permet à un individu d'utiliser ses capacités cognitives et émotionnelles afin de fonctionner de manière efficace à la société et d'être en mesure de répondre à ses besoins (Goldner et coll. 2011 : 2). Une personne dotée d'une bonne santé mentale devrait généralement être en mesure de gérer du stress, d'affronter des défis causés par des facteurs externes, d'évaluer les problèmes qui se présentent, d'avoir des buts et des intérêts et d'être en mesure de faire des

choix et des décisions éclairées (Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux se manifestent lorsqu'une personne n'est plus en mesure de gérer ses capacités cognitives et émotionnelles affectant son fonctionnement au sein de la société et le fonctionnement de son entourage. Les statistiques démontrent qu'un Canadien sur cinq est affecté par un trouble mental ou une maladie mentale chaque année (CSMC, 2012 : 8). Bref, l'impact de la santé mentale est majeur et affecte à la fois notre système de santé, les employeurs, le système judiciaire, l'éducation, les familles canadiennes, etc. La CSMC concrétise donc le besoin de s'adresser aux problèmes de santé mentale à la grandeur du pays avec sa publication d'une stratégie pancanadienne en matière de santé mentale. Les auteurs expriment que le système actuel en place ne répond pas aux besoins des personnes affectées. De plus, ils expliquent qu'il est sous-financé et fragmenté et que le statu quo n'est pas une option (CSMC, 2012 : 9). Sur ce, le rapport de la CSMC formule six orientations suggérées dont ils jugent qu'il y a un large consensus de la part des acteurs concernés (CSMC, 2012 : 11).

La faisabilité d'un système cohérent et efficace dépend de plusieurs facteurs. Ce présent mémoire explorera justement les différentes facettes du système canadien en regardant le système fédéral et la relation du Gouvernement du Canada avec les provinces, l'organisation des différents ministères impliqués dans les services de santé mentale et les ressources humaines. Cela dit, les différentes facettes du système canadien seront analysées pour évaluer la faisabilité des six orientations proposées par la CSMC. Les propos soulevés permettront d'analyser la pertinence d'une stratégie nationale pancanadienne et sa pertinence au sein d'un immense pays diversifié. Ce présent mémoire répondra donc à la question : Comment la première stratégie en

matière de santé mentale nationale pancanadienne de la *Commission de la santé mentale du Canada* va-t-elle pouvoir être mise en œuvre dans les structures gouvernementales canadiennes actuelles? Spécifiquement, nous allons identifier les principaux obstacles à la mise en œuvre d'une stratégie nationale.

Premièrement, nous supposons que le système politique fédéral canadien est une organisation complexe qui mène à des défis multiples. Sur ce, nous allons explorer la vision canadienne d'équité par rapport au caractère intégratif compliqué de la division constitutionnelle des pouvoirs qui donne aux provinces une marge de manœuvre large pour adopter des politiques de santé mentale distinctes qui reflètent la compréhension territoriale concurrente de la citoyenneté et de la communauté (Bourns et Graefe, 2011 : 197). La tension se situe dans une vision nationale qui valorise l'égalité de tous les citoyens canadiens et la prestation des services sous la juridiction exclusive des provinces. L'autonomie des provinces rendra difficile la mise en œuvre d'une solution universelle.

De plus, les auteurs du rapport ont ressorti le besoin de s'adresser aux barrières structurelles. Les réformes en santé mentale sont difficiles à mettre en œuvre, car les programmes innovants en santé mentale ne font jamais partie de politiques globales à l'intérieur d'un seul ministère, mais souvent en silos. Malgré le progrès accompli dans la réflexion, les réformes politiques en matière de soins de santé mentale semblent plus comme une répétition continue des objectifs de politiques, alors que des efforts ne sont pas réalisés afin de comprendre pourquoi les objectifs restent difficiles à réaliser (Fierlbeck, 2012 : 209). En effet, la CSMC n'a pas de pouvoir législatif ou légal par rapport aux choix pour faire de la politique (Fierlbeck, 2012 : 212). Elle ne

peut que coordonner les acteurs politiques en facilitant la discussion, en instituant une campagne contre le stigma associé aux maladies mentales et aux troubles mentaux et financer des projets de recherche (Fierlbeck, 2012 : 212). Compte tenu, nous supposons que l'approche intégrée qui est suggérée dans le rapport rencontrera des défis en matière de coordination des acteurs impliqués, car personne n'a le pouvoir central d'assurer cette organisation.

Enfin, les orientations suggérées par la commission pourraient aussi être freinées par le pouvoir centré des médecins. Les gens souffrant de maladies mentales ou de troubles mentaux se réfèrent souvent aux instituts de soins de santé primaires (Goldner et al, 2011 : 246). Les médecins de famille détiennent des compétences limitées par rapport à la santé mentale. De plus, selon des résultats d'un sondage auprès des médecins de famille au Canada (National Physician Survey, 2007), ceux-ci sont généralement limités quant aux besoins de référer les gens à un spécialiste-psychiatre pour des fins de diagnostics.

Pour arriver à justifier nos hypothèses, nous allons élaborer une brève description de la Commission de la santé mentale du Canada et les stratégies qu'elle élabore dans la première stratégie pancanadienne en matière de santé mentale. Nous allons ensuite procéder avec une revue de littérature qui discute du rapport de la CSMC afin de mieux comprendre les débats actuels. Ultérieurement, trois critères d'évaluation basés sur les hypothèses soutenues seront développés de manière plus rigoureuse pour pouvoir ensuite évaluer les six orientations suggérées par la commission et évaluer la faisabilité d'une stratégie pancanadienne. Nous allons aussi utiliser des études de cas, en regardant des rapports provinciaux en matière de santé mentale afin d'identifier leur approche et les stratégies spécifiques. Nous nous concentrerons

seulement sur trois provinces, soit le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et l'Ontario. Puisque la juridiction en termes de services de santé est exclusive, chaque province a une idéologie et une approche spécifique adaptée à leur contexte. Les études de cas serviront à explorer leurs orientations en matière de santé mentale et de voir si elles s'alignent avec les orientations de la stratégie pancanadienne de la CSMC et de voir si les provinces abordent les défis qui seront identifiés au chapitre deux.

Chapitre 1

La Commission de la santé mentale du Canada et le lancement de la première stratégie canadienne en matière de santé mentale

1.1. Origine et contenu

À ce jour, très peu de programmes innovants en santé mentale ont été un succès. L'organisation d'un système cohérent qui répond aux besoins des personnes souffrant de maladie mentale ou de troubles mentaux demeure difficile à établir (Fierlbeck, 2011 : 209). Le système actuel, basé sur le rétablissement, traite encore des répercussions du système d'institutions médicales en place jusqu'aux années 1960. Les répercussions affectent tout type de services de santé mentale. La publication du rapport *More for the mind* (1963) a concrétisé l'idée des soins en santé mentale axés sur le rétablissement et le besoin de services communautaires. Des ressources ont dû être développées afin d'appuyer cette réforme d'intégration des personnes souffrant de maladie mentale ou de troubles mentaux dans la société. Ainsi, le développement de l'efficacité des médicaments a facilité l'intégration de ces personnes en communauté. Cependant, des défis se présentent continuellement et un système intégré, comme prôné dans le rapport, reste difficile à mettre en place. Premièrement, depuis la constitution de 1867, les soins de santé sont la responsabilité des provinces. Il est alors difficile de coordonner les provinces afin de mettre en œuvre un système uni et cohérent. Ensuite, les soins de santé d'un médecin, dans un hôpital ou en communautaire, sont financés par le gouvernement sous l'assurance-maladie disponible pour tous les citoyens canadiens. Cependant, dans le contexte de la santé mentale, l'assurance-maladie ne couvre pas les autres professionnels essentiels, comme les travailleurs sociaux, les psychologues, ergothérapeutes, etc. (Fierlbeck, 2011 : 203). Sur ce, aucune loi n'assure des

standards en matière de services en santé mentale. Souvent, les personnes se retrouvent dans un labyrinthe de services. Seule une personne sur trois et un enfant sur quatre, qui a un trouble mental ou une maladie mentale, a recours à des services et des traitements (CSMC, 2012 : 9). Ce qui n'est pas le cas pour les personnes qui ont besoin des soins primaires (CSMC, 2012 : 9). De ce fait, les personnes souffrant de maladie mentale ou de troubles mentaux qui se retrouvent sans appui deviennent plus à risque de développer des problèmes de dépendance, de pauvreté et d'itinérance. Ce qui devient un fardeau à la société.

Par conséquent, les Canadiens reconnaissent de plus en plus le problème qui affecte la population et la société, tant au niveau de l'économie qu'au niveau social et de la santé. Les gens revendiquent le besoin d'agir pour développer un système de santé mentale qui répond aux besoins des personnes souffrantes et ils veulent abolir le stigma associé. Des campagnes de sensibilisation et d'antistigma ont alors été lancées. Par exemple la compagnie *Bell* et sa campagne de *Cause pour la Cause* et la *Fondation Movember*. Les deux connaissent un succès immense au Canada et ils amassent des fonds pour appuyer les programmes, les services et la recherche en santé mentale (Bell Canada, 2013; Movember Canada, 2013). Des vedettes ont aussi déclaré avoir des problèmes de santé mentale. Par exemple, Margaret Trudeau a révélé être bipolaire dans le but de normaliser la problématique et de vaincre le stigma (Trudeau, 2011). La sensibilisation du public crée donc une grande volonté de vaincre le stigma associé aux problèmes de santé mentale et de se mobiliser pour la cause afin que des solutions concrètes soient entreprises dans le but d'améliorer le système de santé mentale au Canada.

Les problèmes de santé mentale ont été longtemps négligés et stigmatisés (Golembiewski, 2013). Il semble y avoir eu un déni du problème et personne ne voulait s'en occuper (Davis, 2006 : 271). Sur ce, l'opinion publique ne projetait pas l'importance de la problématique. Cela a résulté à des systèmes de santé mentale sous-financés et fragmentés dans la plupart des pays développés. Mais, comme mentionné, il semble que la santé mentale entre dans une nouvelle époque où les gens deviennent sensibilisés à la réalité et veulent mettre les efforts pour améliorer les conditions de ces personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale (Fierlbeck, 2011 : 209). En 2002, un rapport de collaboration à propos des maladies mentales a été présenté par *L'Agence de la santé publique du Canada* et par la suite, *l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et santé mentale* a également publié un rapport d'appel à l'action (Fierlbeck, 2011). Depuis 2003, le système de santé mentale est entré dans une période de restructuration soutenue par le gouvernement (Fierlbeck, 2011 : 209). Le besoin de restructurer les soins en santé a été identifié dans *l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* et *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Une entente fédérale/provinciale a alors été conclue, afin d'augmenter le financement par rapport aux services de soins de santé mentale communautaire aigus et les programmes de gestion de cas. C'est à l'intérieur de cet élan que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, sous la direction du sénateur Michael Kirby, a produit, en 2006, le rapport *L'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* (Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Le comité sénatorial a recueilli plus de deux mille témoignages de personnes atteintes de troubles mentaux et de maladie mentale, des familles affectées et des professionnels

en santé mentale. Le message principal ressorti est qu'effectivement ces personnes vivaient beaucoup de confusion et de frustration par rapport à l'accès aux services appropriés.

« Le Comité a appris que ces gens devaient relever d'énormes défis et surmonter des obstacles extraordinaires dans leur recherche de la guérison : confusion et frustration pour déterminer comment et où trouver de l'aide; ignorance, manque de compassion et mauvaise attitude des professionnels de la santé; périodes d'attente interminables pour accéder aux services; honte et discrimination qui incitent beaucoup de malades à dissimuler leurs difficultés et souvent même à éviter de solliciter de l'aide pour les affronter » (Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006).

Les revendications de la part du comité sénatorial ont donc augmenté la motivation des politiciens, des hauts fonctionnaires, des fournisseurs de services de santé mentale et des citoyens canadiens, à vouloir s'investir dans l'amélioration du système. La problématique fut donc concrétisée.

C'est pour faire suite à une recommandation du rapport *L'ombre à la lumière* que la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a été fondée en 2007. Le rapport suggérait de créer un acteur central en mesure de coordonner les efforts de revendications et de liens entre les acteurs impliqués en santé mentale. La CSMC est une corporation à but non lucratif financée par *Santé Canada*. La corporation travaille indépendamment de Santé Canada, mais en est imputable. Celle-ci a comme mission de faire la promotion de la santé mentale au Canada, de changer l'attitude des gens par rapport aux troubles mentaux et aux maladies mentales et de travailler en

collaboration avec les acteurs impliqués afin d'améliorer les services de soins et d'appui en santé mentale (Goldbloom et Bradley, 2012 : 222). La CSMC a comme mandat trois principales responsabilités qui doivent être accomplies en 10 ans de financement :

- Développer une stratégie nationale pancanadienne en matière de santé mentale. Avant la publication de *Changer les orientations changer les vies* en 2012, le Canada était le seul pays du G8 à ne pas avoir de stratégie nationale (Goldbloom et Bradley, 2012 : 222).
- Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation, d'antistigma et d'antidiscrimination. Par rapport aux autres pays, le Canada a beaucoup de progrès à faire dans ce domaine (Goldbloom et Bradley, 2012 : 222).
- Faciliter les conditions d'échange d'information par la création d'un centre d'échange d'information. Tout cela, dans le but de développer et de mobiliser l'information basée sur les preuves, financer des projets de recherche, identifier les occasions de coordination et de collaboration et d'appuyer les meilleures pratiques les plus prometteuses déjà en place à travers le Canada (Goldbloom et Bradley, 2012 : 222).

Il faut préciser que la CSMC n'a pas un mandat de fournir des services de soins et elle n'est pas en mesure de contrôler les ressources économiques et humaines qui sont impliquées. Ainsi, elle n'a pas le mandat de surveiller la performance du gouvernement et ne revendique pas directement auprès du gouvernement (Goldbloom et Bradley, 2012 : 222). Surtout, elle adopte un rôle de collaborateur et de catalyseur à tous les niveaux du système de santé mentale (réseaux, provinces, gouvernement fédéral, etc.). Ce présent mémoire explorera uniquement la première tâche de la CSMS qui a été accomplie en 2012 avec la publication de la stratégie pancanadienne en matière de santé mentale : *Changer les vies changer les orientations*. Une comparaison sera

aussi faite avec des stratégies provinciales déjà mises en place avant la publication de la stratégie nationale.

1.2 Les six orientations

La stratégie précède un document de travail descriptif qui a été publié en 2009 par CSMC *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* qui définit une vision plus globale des objectifs de réforme concernant le système actuel de santé mentale avec des définitions. Les deux rapports se complètent et élaborent une vision pancanadienne de la santé mentale au Canada. C'est en 2012 que la Commission a publié *Changer les orientations, changer des vies : Stratégies en matière de santé mentale pour le Canada*; la première stratégie en matière de santé mentale au Canada. « Elle a pour but de contribuer à améliorer la santé mentale et le bien-être de toute la population canadienne et de créer un système de santé mentale apte à répondre aux besoins des personnes de tout âge aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale et de leur famille » (CSMC, 2012). La commission suggère donc six directions afin de restructurer les services de soins en santé mentale.

La première orientation vise à améliorer la capacité des gens d'aller chercher les services appropriés ainsi d'améliorer leur capacité d'identifier les lacunes dans le système. Celle-ci se base surtout sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et des troubles mentaux. Pour ce faire, la commission, dans son rapport, suggère le besoin d'avoir une société mieux informée à propos de la santé mentale et des problèmes liés aux troubles mentaux et aux maladies mentales. Le rapport indique qu'il a un besoin de faire la promotion de celle-ci

dans les familles, les écoles et les milieux de travail. Des stratégies de préventions sont proposées afin d'être mises en place pour prévenir les problèmes de santé mentale, la toxicomanie et les suicides. La capacité d'aller chercher des services appropriés doit être améliorée, car elle contribue à l'amélioration du bien-être des citoyens en général et parce qu'une société en santé est plus apte à contribuer au bon fonctionnement de celle-ci. Finalement, en augmentant la sensibilité des décideurs politiques, des employeurs et du public en général, il y a moyen de créer de meilleures conditions pour la santé mentale (CSMC, 2012 : 20 – 35) et de considérer la santé mentale comme étant une priorité à l'agenda politique.

La deuxième orientation vise à se concentrer sur le besoin de changer les interventions médicales vers des interventions de rétablissement. Les auteurs font la promotion d'interventions qui ne devraient pas seulement mettre l'accent sur la guérison. Présentement, les interventions sont surtout basées sur l'approche médicale de guérison et moins d'attention est mise sur les services sociaux. Ils ajoutent aussi que le patient a besoin d'être responsable de son rétablissement et qu'il doit prendre part aux décisions concernant la sorte de thérapie qui lui convient le mieux et qui convient mieux à son style de vie. De plus, il y a un besoin constant de défense des droits de ces personnes et de leurs besoins ainsi qu'une connaissance de leurs droits de la part des personnes affectées peu importe dans quel contexte elles vivent. (CSMC, 2012 : 36 — 55).

La troisième orientation porte sur le fait que les services de santé mentale sont présentement sous-financés et fragmentés. La commission mentionne qu'il n'y a pas un service qui saurait englober tous les besoins de ces personnes, mais que cependant il devrait y avoir un système de services intégrés. Tous les services devraient être équipés pour assurer que les personnes

reçoivent les meilleurs services possibles et qu'elles puissent être réorientées vers d'autres ressources si jamais ces services ne sont pas suffisants. Chaque niveau d'intervention doit aussi être organisé pour être le plus efficace possible. Puisque chaque région a accès à différentes qualités de services, chaque région fait face à différents défis. Les personnes de ces régions doivent être assurées de recevoir une bonne qualité de services, peu importe où elles habitent. Les différents services sociaux, comme les logements abordables, les thérapies, le support par les pairs, l'éducation, le travail, doivent être disponibles afin qu'elles puissent se rétablir et avoir accès à un bien-être (CSMC, 2012 : 56 — 81).

La quatrième orientation est en lien avec la réduction des facteurs de risques qui empêchent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale d'avoir accès aux services en fonction de leurs lieux de résidence. Certaines régions du Canada sont plus isolées, ce qui fait en sorte que c'est plus difficile de développer des services de qualité en raison d'un manque de ressources humaines et économiques. Elles ne sont pas équipées pour répondre aux besoins de ces personnes, et donc ces populations sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale. En général, les services de soins en santé mentale ne sont pas équitables pour tous, alors ne reflètent pas la vision d'équité projetée par l'assurance-maladie canadienne. De plus, l'environnement de la personne est un aspect qui est souvent relevé dans le rapport. Par exemple, le statut socio-économique, la culture, l'expérience des personnes, des formes de discrimination, les personnes habitant dans des régions isolées, des minorités visibles et des minorités linguistiques, etc. peuvent tous faire en sorte que ces personnes soient plus à risque de développer des problèmes de santé mentale. Le rapport prône que les décideurs politiques et ceux qui offrent les services doivent être conscients de ces aspects et qu'il est aussi important

d'identifier comment ces caractéristiques peuvent contribuer aux interventions (CSMC, 2012 : 82 — 99).

La cinquième orientation est reliée au besoin d'une conscientisation de la réalité des premières nations, les Inuits et les Métis. La direction se base sur le fait qu'ils ont des besoins particuliers par rapport à la santé mentale. Ils mettent l'accent sur l'importance de répondre à leurs besoins, protéger leurs droits et faire la promotion de leurs cultures particulières dans le but de la maintenir. Ces nations ont besoin de contribuer à la mise en œuvre des stratégies et à la transformation du système de soins en santé mentale du Canada. Les stratégies portent aussi sur la guérison intergénérationnelle et l'impact des écoles résidentielles, les politiques de bien-être social et les autres aspects liés à la colonisation qui peut affecter leur santé mentale (CSMC, 2012 : 100 — 119).

Finalement, selon le rapport, les législations fédérales et provinciales doivent adopter une approche d'ensemble afin de coordonner les politiques et les pratiques en santé mentale. Chaque département et ses décideurs politiques doivent bien coordonner leur travail de manière efficace. La recherche et l'évaluation doivent aussi être mises en place afin d'améliorer la santé mentale de la population et le progrès de ces services. Il y a un besoin de renforcement des stratégies pancanadiennes de santé mentale afin d'améliorer les ressources humaines en santé mentale. Il faut aussi guider et développer une force de travail efficace pour améliorer les compétences des professionnels de la santé (CSMC, 2012 : 120 — 133).

1.3 Revue de littérature

Il y a deux principales écoles de pensée en santé mentale soit l'approche biologique médicale et l'approche sociale de rétablissement (Goldner et Al. 2011 : 19 – 55). La CSMC s'est surtout basée sur l'approche du rétablissement pour fonder ses orientations (Piat et Sabetti, 2012 : 19). Suite à la désinstitutionnalisation et au rapport *More for the mind* de 1963, l'intégration des personnes souffrant de maladie mentale ou de troubles mentaux est devenue privilégiée. Il y a eu un changement d'idéologie par rapport à la santé mentale après la Deuxième Guerre mondiale. La notion de rétablissement et de soins communautaires est devenue une école de pensée articulée dont les adhérents convoquaient l'efficacité de ce type de soins thérapeutique centrée sur l'intégration de la personne au sein de la communauté (Fierlbeck, 2012 : 202). Le rétablissement se définit comme étant en mesure de faire ses propres choix, prendre ses responsabilités, ainsi d'être en mesure de se valoriser (Piat et Sabetti, 2012 : 20). Le rétablissement est aussi le fait d'avoir accès à des ressources qui contribuent au bien-être tel qu'un emploi, du logement adéquat, un salaire adéquat et accès à des soins et services de qualité (Piat et Sabetti, 2012 : 21). Ce phénomène est important en matière de santé mentale car le rétablissement dépend de plusieurs services qui se retrouvent sous la responsabilité de plusieurs ministères et cela peut mener à des défis de gouvernance (Fafard, 2013 : 2). Il devient donc difficile à déterminer la structuration appropriée des services pour assurer une efficacité adéquate qui répond aux besoins spécifiques des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Malgré l'importance de l'approche de rétablissement, l'approche médicale est encore très présente dans les interventions et elle reste l'approche dominante en santé mentale. Les interventions basées sur les preuves dominant encore le monde de la médecine, alors elles restent

présentes dans le système de santé mentale. Celles-ci sont surtout centrées sur le diagnostic et les médicaments. En ce qui concerne l'utilisation des médicaments, il a été mentionné qu'elle contribue au rétablissement en facilitant la gestion des symptômes. Cependant, certains expriment que la médication n'est pas compatible aux interventions en santé mentale et se dote d'une alternative temporaire seulement. À ce jour, il n'y a aucun consensus par rapport à la médication et certains promeuvent aussi la combinaison des deux (Piat et Sabetti, 2012 : 20)

Marvin Ross (2012) reproche la commission d'avoir ignoré, dans ses orientations, les besoins médicaux qui se rattachent à plusieurs maladies, n'ayant pas pris en considération l'aspect biologique nécessaire. Il se soucie de la négligence de la science du rapport et il explique que la psychiatrie et les médicaments sont essentiels à la santé mentale et aux maladies mentales (Ross, 2012).

Inman (2011), mère d'une fille schizophrène, exprime aussi que les stratégies proposées sont trop simplistes et pourraient être nuisibles aux personnes qui souffrent de maladie mentale avec psychose si elles sont appliquées. Elle soulève ce point, car le rapport ne mentionne pas que 40% à 50% des personnes souffrant de schizophrénie ou n'importe quelle maladie mentale avec des psychoses ne reconnaissent pas qu'ils ont un problème alors elles n'ont aucune raison pour aller chercher de l'aide. Il n'est pas mentionné non plus dans le rapport de la CSMC que 90% des personnes qui arrêtent de prendre leurs médicaments font des rechutes. Bref, Inman exprime qu'une meilleure compréhension des maladies neurobiologiques aiderait à mieux comprendre les politiques en santé mentale qui sont les plus appropriées (Inman, 2011).

Dr Hershel Hardin énonce que les auteurs de la stratégie ont écarté des considérations importantes dans la bureaucratie et des formulations trop simplistes des stratégies. Il manifeste que le terme « rétablissement » en santé mentale n'est pas synonyme de « rétablissement » d'une maladie physique. Il s'inquiète que cela provoque de la confusion à croire que certaines maladies

mentales ou certains troubles mentaux se guérissent. De plus, il s'inquiète du rejet de la commission par rapport aux diagnostics. Les diagnostics sont très présents en psychiatrie et selon Hardin ils sont utilisés pour aider ces personnes à mieux comprendre leur situation. Bref, il s'inquiète du risque que l'élimination des explications neurologiques pour de telles maladies comme la schizophrénie et la bipolarité qui pourrait affecter les d'intervention envers les personnes souffrant de ces maladies. Selon la *Coalition for Appropriate Care and treatment*, l'utilisation de médicament et d'intervention médicale est largement nécessaire pour minimiser les symptômes et restaurer la capacité mentale (Coalition for Appropriate Care and Treatment, 2011). La commission a répondu aux désaccords de *Coalition for Appropriate Care and Treatment* en exprimant que les personnes ayant des maladies mentales ou des troubles mentaux sévères ne comptent que 3 % de la population, alors ils ne sont pas représentatifs de tous les maladies et troubles mentaux de la société (CSMC, 2012). Ils ont aussi exprimé qu'ils ne font pas la promotion des traitements non médicaux, mais plutôt la promotion du choix de la personne par rapport à ces traitements. Il y a encore un trop grand débat quant aux directions en matière de santé mentale. Il n'y a aucun consensus sur l'approche à privilégier. En fait, les provinces ont adopté des approches bien différentes. Alors que certaines provinces comme le Nouveau-Brunswick privilégient l'approche de rétablissement, certaines provinces comme l'Ontario et l'Alberta se penchent plus vers une approche médicale (Piat et Sabetti, 2012). Une vision pancanadienne homogène devient donc difficile à mettre en œuvre dans un pays aussi vaste ayant une multitude de gouvernements provinciaux indépendants en matière de certains domaines comme les services de santé.

Par ailleurs, il y a aussi des critiques par rapport au financement des stratégies proposées dans *Changer les directions, changer des vies*. Campion-Smith (2012) soulève que le rapport met l'accent sur le manque de financement et le besoin d'augmenter le budget en lien avec la santé mentale. Cependant, sans stratégie mise en place pour assurer que les dépenses des provinces servent à améliorer les soins et services en santé mentale, rien ne les oblige de dépenser aux endroits spécifiques recommandés par la stratégie (Campion-Smith, 2012). Une députée fédérale du parti Nouveau parti démocratique a aussi exprimé son inquiétude par rapport à cette situation : « Canadians need to see a significant federal investment in mental health... Will the government implement these recommendations, or is it really just washing its hands and leaving it to the strained provincial budgets to pick up the slack, » (Libby Davies, May 8 2012). Malgré ces inquiétudes, le budget fédéral a promis 119 millions \$ par année sur cinq ans qui appuient un programme «At Home/ Chez-soi » appuyé par la CSMC. Les fonds iront vers des projets communautaires qui luttent contre l'itinérance (CSMC, 2013). Il reste à savoir si le gouvernement fédéral continuera à aider les provinces dans les années à venir en matière d'initiatives en santé mentale. De plus, Louise Bradley de la CSMC a aussi exprimé une inquiétude quant à la stratégie. Il est mentionné qu'une augmentation du budget est essentielle par rapport aux dépenses en santé. Cependant, elle manifeste qu'il faut aussi augmenter les budgets des services sociaux. Par exemple : l'éducation, les logements, les services correctionnels, etc.

Il faut aussi se demander si les provinces sont en mesure de faire ces changements. Les gens revendiquent le besoin d'être assurés de plus de soins, comme les soins en santé mentale, mais ne sont pas prêts à ce que le gouvernement augmente les taxes (Simpson, 2012 : 4). Néanmoins, la

CSMC souligne que les problèmes de santé mentale coûtent au-delà de 50 milliards \$ à l'économie canadienne (CSMC, 2012 : 8). Des études sur la dépression ont aussi démontré que cette maladie pouvait coûter approximativement 14,4 millions \$ à l'économie canadienne (Stephens et Joubert, 2001 : 6). Si aucune procédure n'est adoptée pour améliorer le système de santé mentale au Canada, les dépenses continueront d'être un grand fardeau aux provinces et à l'économie canadienne en général. Selon la CSMC, « Le statu quo n'est pas une option » (CSMC, 2012 : 9).

La commission exprime : « La santé mentale n'est pas seulement l'affaire du secteur de la santé. Les politiques et les pratiques de nombreux ministères (éducation, justice, services correctionnels, finances et autres) ont des répercussions majeures sur la santé mentale et le bien-être de la population (CSMC, 2012 : 12). Le Gouvernement du Canada reste un acteur majeur dans les décisions à prendre par rapport à la santé mentale pour créer les conditions favorables ou non à des transformations innovatrices. Selon Noël (2006), le processus politique joue un grand rôle dans les dépenses des provinces. Jusqu'à maintenant, les efforts des gouvernements à arriver à des réformes politiques novatrices n'ont pas eu d'énorme succès. La CSMC a appelé le gouvernement fédéral à augmenter les dépenses envers la santé mentale de 9 % de toutes les dépenses en santé et demande au gouvernement d'augmenter les dépenses en matière de santé mentale de 2 % de toutes les dépenses en éducation (Eggertson, 2012 : 469). Alors que l'ancienne ministre de la Santé fédérale, Leona Aglukkaq, a exprimé que le gouvernement fédéral appuyait les stratégies proposées par la commission, elle a aussi révélé que son gouvernement n'attrapera pas le fardeau financier entier des initiatives proposées et n'a promis aucun budget en appui de la stratégie (Eggertson, 2012 : 469). Lors du lancement de la stratégie

le 8 mai 2012, la ministre de la Santé a seulement mentionné les dépenses actuelles du gouvernement fédéral par rapport à la santé mentale et elle a réclamé que le gouvernement est arrivé à stabiliser les transferts en matière de santé aux provinces (Eggertson, 2012 : 470). Cependant, la ministre n'a pas mentionné les démarches concrètes qui seront entreprises par son gouvernement conservateur et n'a pas promis de financement spécifique en lien à la stratégie pancanadienne développée.

L'espoir, qu'Eggertson exprime par rapport à des changements dans les politiques publiques, est de montrer aux représentants politiques que plusieurs personnes s'inquiètent de la situation et veulent des changements positifs pour le bien de ces personnes et de la population en générale (Eggertson, 2012 : 270). L'opinion publique doit refléter cette aspiration et les électeurs doivent revendiquer ce besoin afin de diriger les agendas politiques. Michael Kirby soutient que le support public est crucial pour la mise en œuvre de l'initiative. Sur ce, il a exprimé de l'espoir en indiquant qu'à l'intérieur de seulement cinq semaines, plus de 25 000 personnes s'étaient jointes au mouvement (Eggertson, 2012 : 270).

1.4 Problématique

Selon la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada *Changer les orientations changer des vies*, le système de santé mentale au Canada est sous-financé et fragmenté et a donc besoin de changements indispensables pour que les citoyens canadiens aient accès à des soins de qualité qui répondent à leurs besoins. La littérature ressort également ce propos. La commission explique qu'afin d'introduire les propositions de la Commission de la santé mentale du Canada, le gouvernement devra augmenter le financement de la santé de 7% à 9% au cours des 10

prochaines années (Commission de la santé mentale du Canada, 2012 : 138). À présent, les problèmes de santé mentale coutent plus de 50 milliards \$ au gouvernement canadien (Goldbloom, 2012) ce qui est égal à 3,34% du produit intérieur brut canadien (GNB, 2011 : 4). Près de 30% des demandes d'indemnisation à court et à long terme sont causées par des problèmes de santé mentale et chaque année le Canada perd 6 billions \$ en productivité (Goldbloom, 2012). Puisque la santé mentale est une majeure composante du bien-être d'une personne qui est essentiel au fonctionnement de la société, le Canada doit réexaminer le système actuel en place pour répondre aux besoins de manière efficace et coordonnée. La bonne santé de chacun ne se résume pas seulement à l'absence de maladies, mais au bien-être physique, mental et social (OMS, 2002 : 4). Sur ce, le système de santé canadien doit assurer que les besoins de santé mentale soient répondus. Comme la Commission de la santé mentale du Canada l'exprime, le système actuel doit faire objet de réorientations pour mieux répondre à ces besoins.

Premièrement, il y a les stigmatisations associées aux troubles et maladies mentales. Ceci étant dit, la crainte des gens d'être étiquetés fait en sorte que les personnes ne vont pas demander de l'aide, alors la demande n'est pas aussi élevée qu'elle le devrait. Nous pouvons alors déduire que la santé mentale est dévalorisée et associée à la honte, alors les orientations politiques profitables ont été longtemps négligées, faute de l'absence de celle-ci dans l'opinion publique. De plus, comme mentionné dans la littérature, le manque de consensus par rapport à l'approche à privilégier rend la pertinence d'une approche spécifique difficile à prouver auprès de la population et des utilisateurs de services. Ultérieurement, le manque d'éducation en matière de troubles et de maladies mentales fait en sorte que plusieurs sont incapables de reconnaître qu'ils ont un problème. Le manque de connaissance résulte à ce que ces personnes ne soient pas en

mesure d'identifier le type de services dont ils ont besoin. Sur ce, ils sont aussi incapables d'identifier le niveau de qualité des soins nécessaires. Ensuite, le système actuel ne fait pas seulement partie du système de santé et retrouve la responsabilité de plusieurs ministères (éducation, justice, services correctionnels, services sociaux, finances et autres). Cela fait en sorte que les services de soins et les ressources en santé mentale sont organisés en silos. Plusieurs acteurs sont inclus dans l'amélioration du système de santé, alors le consensus par rapport aux orientations clés peut devenir difficile. Les acteurs impliqués qui se préoccupent de leurs propres intérêts fait en sorte que ceux-ci travaillent dans des directions différentes. Finalement, les ressources sont limitées, ce qui fait en sorte que les dépenses en santé mentale devraient être réévaluées afin d'améliorer l'efficacité (CSMC, 2012 : 13). Il reste donc à savoir si les stratégies proposées par la commission sont compatibles aux structures de gouvernance canadienne actuelles. Comment le fédéralisme canadien va-t-il affecter la mise en œuvre des stratégies? Comment la commission va-t-elle influencer les réformes en matière de santé mentale à l'intérieur de chaque province? Finalement, comment le pouvoir actuel des médecins va-t-il influencer les services de soin en matière de santé mentale?

Chapitre 2

La santé mentale au Canada

2.1. Le fédéralisme canadien

Le fédéralisme canadien est une forme d'organisation de l'État dont les pouvoirs législatifs sont distribués entre le parlement central et les parlements provinciaux (Morin, 2008 : 11). Le but de ce type d'organisation est d'orchestrer la grande diversité présente à l'intérieur d'un État spécifique. Le Canada contient différents types d'économie, différentes dynamiques politiques, une géographie diversifiée ainsi que plusieurs cultures avec des besoins spécifiques qui diffèrent. Notamment, la structure fédéraliste est censée être une forme d'organisation où les différents gouvernements collaborent de manière subordonnée et intégrée (Morin, 2008 : 11) Cependant, des défis se posent et le fédéralisme doit constamment concilier la conception de l'autonomie des provinces avec la vision d'équité pour chacun des citoyens canadiens.

Au Canada, les juridictions ont des pouvoirs exclusifs alors, selon la constitution, le gouvernement fédéral doit respecter l'autonomie législative des provinces dans les secteurs majeurs comme la santé, l'éducation et l'assistance sociale (Brown, 2007 : 65). De plus, le gouvernement fédéral transfère des fonds pour assurer que les provinces aient une capacité égale d'offrir des programmes sociaux ce qui renforce l'autonomie de celles-ci (Brown, 2007 : 65). L'indépendance des provinces en ce qui concerne la mise en œuvre des services de soins de santé, incluant les services de santé mentale, fait en sorte qu'elles détiennent une grande autonomie. Des arrangements d'égalisation fournis par le Gouvernement du Canada envers les programmes sociaux, l'éducation et la santé font en sorte que chaque province détient une

capacité semblable aux autres provinces à la mise en œuvre de ceux-ci (Brown, 2012 : 65). Cela leur permet d'offrir un niveau comparable de services à un niveau de taxe semblable dans chaque province (Brown, 2012 : 65).

Il est aussi important d'ajouter que le gouvernement fédéral a le pouvoir de dépenser dans n'importe quel secteur dont il juge nécessaire (Brown, 2007 : 65). C'est à partir de ce concept que le gouvernement fédéral a adopté des approches pancanadiennes afin d'élaborer une vision commune en matière de santé mentale. Il y a deux types de transferts; les transferts conditionnels et inconditionnels (Brown, 2007 : 68). Ceux qui sont conditionnels sont transférés dans le cadre d'un programme spécifique qui doit être adopté dans tout le pays (Brown, 2007 : 68). Au Canada, la majorité des transferts sont inconditionnels, c'est-à-dire que très peu de conditions sont imposées aux provinces (Brown, 2007 : 68). En ce qui concerne les transferts canadiens en matière de santé et les transferts canadiens en matière de programmes sociaux, certaines conditions s'appliquent, cependant les provinces ont une grande marge de manœuvre (Brown, 2007 : 68). Il n'y a pas une vision homogène des soins de santé au Canada. Chaque province a développé son propre système de santé qui diffère en matière de structure de gestion, en fonction des services financés par des fonds publics et le rôle et responsabilités des professionnels de santé (Fafard, 2013 : 48). Ceux-ci varient en matière d'approche, mais aussi en matière de priorités. Les transferts fiscaux en santé sont utilisés de manière différente auprès des services de soins communautaires et varient grandement aussi de province en province, ce qui n'assure pas des services de mêmes qualités à l'échelle du pays. Les décisions prises en ce qui concerne les politiques et les priorités sont développées par les provinces et territoires. Leur rôle central en matière de soins de santé mentale fait en sorte que c'est très difficile de mettre en œuvre une

initiative ou des politiques nationales communes (Goldner et coll., 2011 : 242). Dans une certaine mesure, les provinces et territoires vont poursuivre des objectifs propres à leur contexte et sont souvent inconscients de ce qui se passe dans les autres provinces (Goldner et coll., 2011 : 242). Un exemple concret pour démontrer l'écart des provinces est les dépenses de l'Ontario comparées à celles du Nouveau-Brunswick en matière de services communautaires. « Des statistiques datant de 2007 démontrent que le gouvernement de l'Ontario a dépensé autant sur les services communautaires (1,500 million \$) que sur les soins des personnes hospitalisées (994 millions \$) (IHE, 2010 : 10). Au contraire, les mêmes statistiques de 2007 démontrent que le Nouveau-Brunswick dépense deux fois plus sur les soins de santé des personnes hospitalisées (78,2 millions \$) que les soins et services communautaires (49,2 millions \$) (IHE, 2010 : 10) ». Il n'y a aucun mécanisme qui assure des dépenses similaires dans toutes les provinces en matière de santé mentale. Pour ajouter, les dépenses en soins et services de santé varient de province en province (CIHI, 2012). Alors que la province de Terre-Neuve dépense approximativement 5 190 \$ par personne chaque année, le Québec ne dépense que 3 513 \$. « Provincial spending can be affected by differences in population health care needs, health system structure and health personnel compensation » (Berthelot dans CIHI, 2012). Malgré les capacités semblables assurées par le gouvernement fédéral, les provinces ne sont pas exigées à gérer leurs dépenses de la même manière.

En ce qui concerne les services en santé mentale, ceux-ci varient grandement à la grandeur du pays. Chaque province a une approche bien différente. La littérature démontre que certaines adoptent une approche médicale, alors que d'autres adoptent une approche plus centrée sur le rétablissement. Il devient donc difficile de mettre en œuvre une vision commune et d'arriver à un

consensus par rapport à une approche unique en santé mentale. Cela fait en sorte que les provinces ont l'autonomie d'agir à leur avantage.

Ultérieurement, l'objectif de créer un système de santé mentale intégré, comme proposé par la CSMC devient difficile à mettre en œuvre dans ces conditions par le biais d'une stratégie pancanadienne. Selon Bourns et Graefe, alors que le gouvernement fédéral a été en mesure de mettre en œuvre des programmes nationaux équitables à tous les citoyens par exemple l'assurance-emploi, la mise en œuvre de stratégies nationales en matière de soins de santé, de services sociaux et d'éducation a connu moins de succès (Bourns et Graefe, 2011 : 199; Fierlbeck, 2012 : 212). Celles qui sont encore en place sont très critiquées (Fierlbeck, 2012 : 212). Elles sont reprochées de ne pas collaborer avec autorités appropriées et de ne pas utiliser des stratégies efficaces pour le faire (Fierlbeck, 2012 : 212). Aucun mécanisme n'est mis en place pour inciter les provinces à toutes s'aligner vers la même direction selon les propositions des stratégies nationales élaborées (Bourns et Grafe, 2011 : 199).

Spécifiquement en santé mentale, les provinces ont déjà commencé leur cheminement vers des systèmes de soins et de services de meilleure qualité. Ceux-ci ont, de manière autonome, diffusé des plans d'action en santé mentale. Selon les stratégies proposées par chacune des provinces, des approches différentes ont été suggérées. En se concentrant seulement sur quelques provinces, le Nouveau-Brunswick a une approche plutôt axée sur le rétablissement, alors que l'Ontario et l'Alberta se penchent vers une idéologie d'intervention et de soins basés sur les preuves, c'est-à-dire une approche plus médicale et traditionnelle (Piat et Sabetti, 2012 : 22). De plus, elles mettent l'accent sur le besoin d'augmenter la collaboration entre les partenaires concernés afin

de diminuer la fragmentation et d'encourager l'inclusion sociale (Torjman et Makhoul, 2013 : 36). Cependant, il reste que les provinces n'ont fait aucune mention de vouloir collaborer entre provinces. Celles-ci ont été développées et pilotées à l'intérieur des gouvernements provinciaux et de leurs ministères.

Pour récapituler, la structure fédérale du Canada fait en sorte que la mise en œuvre d'une vision commune en matière de soins et services en santé mentale devient difficile, car selon la constitution, les juridictions provinciales détiennent une responsabilité exclusive en soins de santé et services sociaux. Elles peuvent donc agir de manière autonome et adopter des stratégies selon des idéologies, des priorités, des préférences et des visions différentes de la santé mentale. La différence du contenu des stratégies développées par les provinces prouve cette disparité. Le Gouvernement du Canada fait les transferts fiscaux nécessaires aux provinces, mais les dépenses actuelles de santé contraignent déjà certaines provinces en ce qui concerne les obligations qui leur sont imposées. La mise en œuvre des orientations devient une stratégie de « dumping » vers les provinces déjà épuisées économiquement. Or, le mandat limité de la Commission de la santé mentale du Canada n'assure pas qu'elle puisse garantir que les dépenses des provinces aillent vers les soins et services de santé mentale au Canada. Sur ce, il n'est pas assuré que la santé mentale reçoive l'attention nécessaire.

2.2.L'organisation des ministères

La santé dépend des services et des ressources qui vont au-delà des soins de santé. Des déterminants sociaux et économiques affectent le bien-être d'une personne. Elle est influencée par les déterminants comme la pauvreté, les inégalités, l'éducation, la qualité de logement, la

dégradation de l'environnement, etc. (Fafard, 2013 : 2). De ce fait, comme la commission le mentionne, ce concept s'applique aussi à la santé mentale et cela devient une question qui concerne plusieurs services. Il est mentionné dans le rapport que les régions éloignées par exemple n'ont pas accès aux services propices et vivent des inégalités majeures. Les inégalités sont surtout causées par le manque d'accès aux soins de santé, à l'éducation ou à des conditions de travail sécuritaires, ainsi que les mauvaises conditions des logements, des communautés et des villes (Exworthy et Hunter, 2011 : 202). Ces personnes ont plus de difficulté à développer une bonne qualité de vie, font face à des réalités déplorables et deviennent plus à risque de développer des problèmes de santé mentale. Cela fait en sorte qu'il y a des écarts entre certains groupes. Il devient donc évident que la santé mentale affecte plusieurs secteurs et devient donc une problématique qui affecte le gouvernement presque dans son entier.

Comme il a été mentionné dans le rapport de la commission, pour arriver à maîtriser ce problème il doit y avoir une meilleure coordination interdépartementale du gouvernement. La nouvelle conception de la santé et de la santé mentale basée sur le rétablissement s'éloigne du concept traditionnel médical de diagnostic et guérison. L'interdépendance des déterminants sociaux au bien-être et la santé de la personne font donc en sorte que plusieurs départements du gouvernement deviennent concernés. Une approche mieux coordonnée des départements du gouvernement concernés à l'élaboration de politiques en matière de santé mentale est essentielle dans le but de livrer des interventions gouvernementales plus efficaces et qui répondent aux besoins des personnes concernées. Une approche de gouvernement intégré pour des problématiques complexes est souvent adoptée (Bakvis et Juillet, 2004 : 10). Au Canada, le terme utilisé est « Gouvernement horizontal », ce qui implique la stratégie optée afin d'affronter

la problématique de silos (Bakvis et Juillet, 2004; Bakvis 2002; Bernier et Burlone 2007; Lindquist, 1992 dans Fafard, 2013 : 3). C'est ce dont la Commission de la santé mentale du Canada propose pour arriver à coordonner les silos : « On pourrait coordonner la planification et la prestation des services en nommant une autorité qui aurait pour mandat d'assurer cette coordination entre les ministères ou de nommer un ministère comme organisme dirigeant » (CSMC, 2012 : 122). Celle-ci utilise l'exemple du Manitoba qui a mis en place la stratégie *Enfant en santé Manitoba (ESM)*. En 2000, le Premier ministre a mis en place un comité ministériel dans le but d'améliorer la santé des enfants au Manitoba en coordonnant et en intégrant les politiques et les programmes à l'intérieur des divers ministères (CSMC, 2012 : 122). Cette stratégie mise en œuvre aurait connu de majeurs succès.

La complexité des problèmes est un défi majeur que le gouvernement rencontre. Un seul département ou une seule politique n'est pas suffisant lorsqu'une problématique doit être affrontée (Savoie, 2010 : 165; Fafard, 2013 : 7). Dans le cas de la santé « l'approche horizontale » devient la réponse à la complexité du problème qui va au-delà du département de santé, au-delà de la capacité de maîtriser et de structurer l'organisation des services en silos, de dissiper la compétition entre les départements et maximiser l'efficacité dans le but de mettre en place des services uniformes (Fafard, 2013 : 7).

Les structures gouvernementales canadiennes actuelles pourraient mener à des difficultés dans la mise en œuvre d'une telle approche. Premièrement, les approches intergouvernementales ou interministérielles sont définies trop vaguement et offre une flexibilité dans la mise en œuvre des politiques et réformes. Selon Savoie (2010), il devient donc difficile pour les fonctionnaires des

différents ministères de reconnaître qui est responsables (Savoie, 2010 : 165). Or, c'est beaucoup plus facile pour les acteurs impliqués de léguer la responsabilité, de blâmer les fonctionnaires des autres départements ou même des autres gouvernements (Savoie, 2010 : 165) ou de travailler de manière autonome sans consulter les autres acteurs (Bakvis et Juillet, 2004 : 7). Un exemple concret est le développement de la stratégie d'innovation en 2002. Alors qu'il avait été déterminé que le ministère des Ressources humaines et Développements des compétences et le ministère d'Industrie Canada travaillent ensemble pour développer une stratégie de croissance économique et d'augmentation des possibilités d'emploi au Canada, ceux-ci ont travaillé de manière jointe pour les premiers temps, cependant les efforts se sont vite dissipés en travail autonome de la part des deux départements. Finalement, deux documents séparés ont été déposés au bureau du premier ministre et ils ont été publiés indépendamment. Alors que les deux ministères avaient reçu un budget pour développer une stratégie unique, ceux-ci ont travaillé de manière indépendante (Bakvis et Juillet, 2004 : 7 – 8). Aucun mécanisme n'est mis en place pour anticiper les départements à coordonner leurs efforts.

Ensuite, les problèmes complexes peuvent mener à des idées différentes et des priorités différentes. Lorsqu'un nombre élevé de départements sont inclus, les négociations entre ceux-ci peuvent devenir complexes (Bakvis et Juillet, 2004 : 10). Les départements peuvent avoir différentes perspectives, ainsi que différentes manières à vouloir agir. La fragmentation et l'organisation des services en silos doivent être abordées afin d'améliorer les soins et services en santé mentale. Puisque les ministères ne sont pas incités à aligner leurs politiques et réformes, les services en santé mentale, qui se retrouvent à l'intérieur de différents ministères, travaillent de manière autonome à développer des politiques dans leur propre intérêt (Fierlbeck, 2012 : 212). Il

est rare que les politiques élaborées par des différents ministères d'une même province soient alignées (Fierlbeck, 2012 : 212).

Pour ajouter, le système de santé en place exclue les services de soins communautaires, ce qui a va au détriment des services de soins et d'appui en santé mentale (Fierlbeck, 2012 : 213). Cela fait en sorte que plusieurs services reliés à des problèmes de santé mentale, par exemple les psychologues, sont des soins privés qui ne font pas partie d'un système unique structuré. De plus, les provinces ont adopté un modèle de décentralisation des pouvoirs en matière de santé en mettant en place des autorités régionales qui ont fait en sorte que la responsabilité de prestation des services se divise encore plus vers des administrations régionales encore plus petites (Goldner, 2011 : 242). Par exemple, au Nouveau-Brunswick, il y a deux régies de santé *Horizon* et *Vitalité* et en Ontario il y a les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Cette forme d'organisation peut être prometteuse pour les soins de santé en général. Cependant, elle complexifie les transferts vers les soins et services communautaires (Fierlbeck, 2012 : 216). Sans agent central qui coordonne tous les services reliés au bien-être des personnes souffrant de maladies mentales ou de troubles mentaux ou qui assure un montant exact de financement vers les services et soins en santé mentale, il n'y a rien qui assure que les transferts fiscaux soient versés vers les soins et services en santé mentale. L'exercice de transfert en matière de soins de santé ou de santé mentale est un processus de négociation et aucun acte juridique n'assure le transfert vers les soins communautaires (Fierlbeck, 2012 : 216). Sans cette autorité, les régions ne détiennent pas assez de pouvoir pour développer et financer des services en santé mentale qui répondent aux besoins spécifiques des personnes. L'organisation des services de santé mentale à l'intérieur des différents ministères et ensuite à l'intérieur des autorités régionales de santé rend

la coordination de ceux-ci encore plus difficile. Ayant un pied dans plusieurs ministères concernés, la santé mentale devient très sensible aux luttes politiques, mais il reste que peu d'attention est portée sur cette réalité (Fierlbeck, 2012 : 217). De plus, puisque celle-ci est souvent négligée et sous-financée, elle détient très peu de pouvoir d'influence en ce qui concerne les réformes de santé mentale.

Bref, les auteurs du rapport sont conscients du besoin de s'adresser aux barrières structurelles. Les réformes en santé mentale sont difficiles à mettre en œuvre, car les programmes innovants en santé mentale ne font jamais partie de politiques globales à l'intérieur d'un ministère. Le besoin d'adopter une approche intégrée a été exprimé. Cependant, des défis pourraient être rencontrés lors de la mise en œuvre d'une telle approche. Premièrement, aucun mécanisme n'est mis en place pour amener les ministères à travailler ensemble. Des priorités différentes et des idéologies différentes pourraient emmener les acteurs concernés à travailler de manière opposée. Ensuite la CSMC n'a pas de pouvoir législatif ou légal quant aux choix pour faire de la politique (Fierlbeck, 2012 : 212). Elle ne peut que coordonner les acteurs politiques en facilitant la discussion, en instituant une campagne contre le stigma associé aux maladies mentales et aux troubles mentaux et financer des projets de recherche (Fierlbeck, 2012 : 212). Sur ce, les actions de la commission deviennent limitées.

Finalement, les trois provinces de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario veulent s'engager à créer un comité ministériel formé de représentants de tous les départements du gouvernement concernés afin de permettre la mise en œuvre du plan d'action (Torjman et Makhoul, 2013 : 36). De plus, elles mettent l'accent sur le besoin d'augmenter la collaboration

entre les partenaires concernés afin de diminuer la fragmentation et d'encourager l'inclusion sociale (Tourjman et Makhoul, 2013 : 36). Cependant, est-ce que la commission et les provinces prennent en considération les défis en ce qui concerne l'approche intégrée?

2.3.Pouvoir des professionnels dans le système de soins de santé actuel

Le manque de consensus en ce qui concerne la meilleure approche à adopter rend la transition vers les services de rétablissement difficile à mettre en œuvre. Or, le système de soin actuel reste centré sur les soins dans les hôpitaux et les soins offerts par les médecins. Seulement les soins primaires médicaux et les soins dans les hôpitaux sont couverts publiquement. Cela fait en sorte qu'en général, les médecins et les soins hospitaliers deviennent le point central du système actuel de santé. Généralement, les personnes recevant des soins en santé mentale se réfèrent à un médecin comme premier point de repère (Davis, 2006 : 69). Environ 45% à 75% des personnes ayant besoin de services en matière de santé mentale se réfèrent à leur médecin de famille (Davis, 2006 : 69). Les soins en santé mentale restent menés par les médecins dans les instituts de soins hospitaliers. Cette structure est très coûteuse aux provinces (Fierlbeck, 2012 : 213). L'accord politique en place permet aux médecins de s'autogérer en leur donnant le pouvoir d'influencer grandement la politique (Fierlbeck, 2012 : 213; Goldner, 2011 : 243). Il devient donc difficile de coordonner un système de soins structuré basé sur le rétablissement dans un système de soins de santé dominé par les hôpitaux, les médecins et le diagnostic. Pour ces raisons, le pouvoir centré sur les médecins amène des problèmes d'efficacité en matière de soins et services en santé mentale.

De plus en plus, certains cas sont devenus plus complexes et des soins plus structurés à long terme sont devenus essentiels pour que certaines personnes puissent mener une vie de qualité. Par exemple, avec la haute présence de problèmes de santé mentale, entre autres, un besoin est devenu apparent de développer l'accessibilité aux soins d'appui communautaire afin d'améliorer l'efficacité. Pour les personnes qui ont besoin des soins continus et des intervenants pour gérer leur cas, ils ne retrouvent pas ce type de soins dans les instituts médicaux gérés par les médecins qui utilisent un modèle axé sur le diagnostic et la guérison. Le manque de temps des médecins fait aussi en sorte qu'ils ne seraient pas en mesure d'émettre ces efforts-là. Ceux-ci ne sont pas en mesure d'assurer des soins coordonnés incluant des suivis continuels et des instructions adaptées afin de mieux gérer leur maladie (Tsasis et Brains, 2009 : 2). Le présent modèle adopté au Canada fait en sorte que les soins sont desservis de manière désintégrée où les professionnels fournisseurs de services travaillent indépendamment des autres professionnels de façon très autonome (Tsasis et Brains, 2009 : 2). Sur ce, afin d'améliorer le système pour l'adapter aux besoins des personnes et d'améliorer l'efficacité, les médecins de différentes spécialisations ont besoin de travailler en collaboration avec les autres fournisseurs de services essentiels (Tsasis et Brains, 2009 : 2; OMS, 2002), par exemple, les pharmaciens, les infirmières, travailleurs sociaux, les psychologues, les ergothérapeutes, etc. Ensemble, ils peuvent améliorer l'accès aux services demandés à travers des efforts coordonnés, permettant aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale de recevoir les soins à travers un système coordonné qui évite le dédoublement de services et qui assure que les personnes reçoivent les soins dans le meilleur contexte possible (Tsasis et Brains, 2009 : 2). Souvent, les gens vont chercher des soins qui pourraient facilement être fournis ailleurs de manière plus efficace (Tsasis et Brains, 2009 : 3).

C'est à partir de cas semblables à la santé mentale que le modèle de soins collaboratifs devient plus présent afin de mieux répondre aux besoins diversifiés de la santé mentale. C'est ce dont la commission promeut : « ...des services de première ligne fournis par des professionnels de la santé provenant de plusieurs spécialités, disciplines ou domaines qui travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires et du soutien mutuel » (CSMC, 2012 : 59). Ce modèle vient du fait que l'accès à une variété de soins de professionnels, comme les diététiciennes, psychologues, infirmières-praticiennes, etc., diminue la demande des médecins. Cependant ce modèle n'est pas la solution miracle, elle mène à quelques défis identifiés. Premièrement, il est difficile de déterminer qui détient le pouvoir décisionnel d'allocation des services (Fierlbeck, 2012 : 141). Lors de la mise en œuvre de la loi sur la santé, les médecins sont restés des travailleurs indépendants (généralement), les infirmières et ceux qui travaillent dans les hôpitaux sont rémunérés par les fonds publics et le reste des professionnelles de la santé travaillent dans le secteur privé. Sur ce, le gouvernement détient un pouvoir limité dans la coordination de ceux-ci (Fierlbeck, 2012 : 141). Une deuxième problématique est le manque de collaboration entre les professionnels. La diversité des agendas de ces professionnels n'assure pas toujours un travail collaboratif vers une même direction. Kvarnström (2008) identifie les facteurs majeurs qui affectent la dynamique des équipes interprofessionnelles, soit l'allocation inégale des responsabilités, la présence de conflits en ce qui concerne la détermination des limites des rôles professionnels, le scepticisme de certaines professions envers d'autres professions par rapport à leur contribution des connaissances, le manque de capacité de certaines professions à gérer certaines informations, la distribution inégale d'informations et finalement la distribution du pouvoir (Tataw, 2011 : 6). Selon D'Amour et Oandasan (2005), les professionnels viennent de différentes disciplines qui fait en sorte qu'ils ont des perceptions et des idéologies différentes par

rapport aux soins et aux besoins des personnes (D'Amour et Oandasan, 2005 : 9). Ils se doivent de développer des pratiques cohérentes entre différentes professions pourvoyeurs de soins en santé mentale pour que le modèle soit efficace en offrant des soins intégrés afin de répondre aux besoins des patients et de leur famille (D'Amour et Oandasan, 2005 : 9). Ensuite, le recrutement des professionnels de la santé pour former les équipes peut être complexe. Il est difficile d'utiliser les bonnes informations pour déterminer les besoins exacts d'une communauté ou d'une région. C'est-à-dire quels professionnels et quelle quantité est besoin pour arriver à offrir des services de bonne qualité. Cependant, en général, les régions plus éloignées et rurales sont plus souvent affrontées avec des ressources limitées en matière de professionnels de santé alors que le besoin semble être plus urgent. Malgré le besoin, ces régions ne sont pas toujours attrayantes pour les professionnels de la santé spécialisée et ils détiennent la liberté de déterminer où ils veulent pratiquer. Le fédéralisme joue aussi son rôle limité en ce qui concerne le recrutement des ressources humaines. La responsabilité de recruter du personnel reste aux provinces et les professionnels de santé peuvent travailler dans n'importe quelle province. Donc, les provinces les plus riches sont en mesure d'offrir de meilleurs salaires et de meilleures conditions attirant plus de professionnels spécialisés (Fierlbeck, 2012 : 144). En ce qui a trait à la santé mentale, certaines régions du Nord éloignées recrutent difficilement des psychiatres, ce qui fait en sorte que la mise en œuvre d'une équipe intégrée multidisciplinaire pourrait se faire encore plus difficilement. Ultérieurement, la mise en œuvre des équipes intégrées pourrait aussi être ralentie par la domination professionnelle des médecins. À ce jour, les médecins restent le groupe le plus politiquement puissant en matière de soins de santé (Fierlbeck, 2012 : 145). Ils sont politiquement bien ordonnés et l'association des médecins détient plusieurs pouvoirs décisionnels d'organisation des horaires, de frais, de prescriptions, les lignes directrices

cliniques, etc. (Fierlbeck, 2012 : 145). Le rôle central des médecins reste encore enraciné dans le système actuel.

Somme toute, en santé mentale, d'autres fournisseurs seraient mieux outillés à offrir des services aux personnes ayant des maladies mentales ou des troubles mentaux car ceux-ci ont souvent une meilleure compréhension des troubles psychiatriques et des interventions (Fierlbeck, 2012 : 231). Cependant, le rôle central des médecins pourrait rendre cette méthode difficile. Conséquemment, les médecins doivent donc développer de meilleures habiletés en matière de santé mentale pour être en mesure de développer les outils d'analyse efficace afin de pouvoir identifier les maladies mentales et les troubles mentaux spécifiquement. De plus, les liens entre les services de soins primaires et les services en santé mentale doivent se renforcer, ainsi qu'avec les soins en communauté (Piat et Sabetti, 2009 : 24). Présentement, le défi est d'assurer une suite des consultations avec un médecin et une transition vers d'autres services pour que les patients puissent accéder à des soins continus.

Chapitre 3

La mise en œuvre des orientations

3.1 Défis rencontrés

La stratégie pancanadienne en matière de santé mentale appliquée au contexte canadien affronte des défis qui ont été ressortis dans le chapitre 2. Premièrement, les juridictions provinciales détiennent le pouvoir décisionnel en matière de soins et services en santé mentale. La grande valorisation de l'autonomie des provinces risque de rendre difficile la mise en œuvre d'une vision homogène à l'échelle du pays. De plus, malgré la capacité fiscale semblable assurée par des programmes d'égalisation du fédéral, les provinces n'ont aucune obligation d'offrir les mêmes services que les autres provinces. De ce fait, des services de même qualité à travers le Canada ne sont pas assurés. Le renouvellement des transferts, en fonction de la stratégie en matière de santé mentale, ne sont non plus assurés annuellement. Puisque la stratégie est de nature nationale, cela devient donc une stratégie de « dumping » envers les provinces. Ensuite, la commission promeut une stratégie de gouvernement intégré, c'est-à-dire une approche « horizontale ». Par contre, aucun mécanisme n'est mis en place pour amener les différents ministères à travailler en collaboration. Néanmoins, le mandat limité de la CSMC ne détient pas les pouvoirs pour y arriver et ne peut qu'utiliser des méthodes de « soft power » pour arriver à influencer les acteurs concernés. C'est donc un autre défi qui pourrait être rencontré. Finalement, les médecins restent encore acteurs centraux en matière de soins de santé. Cela affecte la mise en œuvre des stratégies et la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles. Le rapport pancanadien et les rapports provinciaux abordent justement ces défis, mais de différentes manières.

3.2 Mise en œuvre de la stratégie nationale

La stratégie a été lancée il y a maintenant un peu plus d'un an. Elle a comme principal objectif d'établir un plan d'action national afin de piloter et d'appuyer les initiatives en santé mentale à l'échelle du pays. Depuis, la commission a été en mesure de mettre en place une campagne d'anti-stigma et d'anti-discrimination, de créer un centre d'échange des connaissances par le biais de la conception d'un site web et elle a appuyé plusieurs projets de recherche en ce qui concerne la santé mentale (Torjman et Makhoul, 2013 : 5 ; CSMC, 2013). Les actions entreprises par la commission démontrent que son rôle s'arrête aux développements d'une campagne d'anti-stigma, du partage d'information et des stratégies d'appui en recherche (Goldbloom et Bradley, 2012 : 222) tout en facilitant la conversation entre les acteurs concernés. Les initiatives entreprises sont surtout prometteuses en matière d'abolition du stigma et en matière d'éducation des personnes concernées.

Les trois provinces de l'Alberta, l'Ontario et du Nouveau-Brunswick ont aussi récemment lancé des stratégies en matière de santé mentale en 2011, tous dans le but d'améliorer les soins et services en santé mentale. Alors que les provinces partagent le même objectif de s'adresser aux besoins spécifiques des personnes ayant des problèmes de santé mentale, elles ont utilisé des approches différentes. Par contre, les trois provinces ont identifié des défis semblables en ce qui concerne les ressources humaines et la gouvernance nationale et provinciale comme étant problématiques à la mise en œuvre de réformes au système de santé mentale (Torjman et Makhoul, 2013 : 1; GNB, 2011 : 2). Il est pertinent d'analyser les orientations proposées dans le rapport *Changer les orientations, changer des vies* en lien avec les orientations proposées dans les rapports provinciaux.

Premièrement, la commission suggère d'augmenter la promotion de la santé mentale dans la société afin de prévenir les maladies mentales et des suicides (CSMC, 2012 : 20). Cette première orientation vise à la sensibilisation et à lutter contre le stigma associé à la maladie mentale et aux troubles mentaux. Il est donc possible de juger que la Commission de la Santé mentale du Canada détient le mandat et les ressources pour arriver à lancer sa campagne d'anti-stigma et à sensibiliser la population canadienne des répercussions des problèmes de santé mentale. En regardant les accomplissements de la CSMC jusqu'à présent, elle a déjà réussi à mettre en œuvre des ateliers offerts à divers acteurs concernés, établir des collaborations et appuyer des projets de recherche. Cette stratégie adoptée pourrait contribuer à l'éducation des professionnels en santé mentale et les emmener à travailler dans une direction unique de rétablissement. Cependant, comme mentionnée antérieurement, la commission ne peut que faciliter la conversation et n'a pas le pouvoir d'imposer des politiques. Le travail va donc se limiter à la sensibilisation et à l'éducation de ceux-ci.

La commission fait aussi la promotion de l'approche de rétablissement. Les recommandations sont plutôt focalisées sur la création de lignes directrices et de plan stratégique afin de mieux outiller les spécialistes en santé mentale. Par contre, l'approche unique de rétablissement n'est pas facilement mise en œuvre par les provinces. Selon la stratégie néo-brunswickoise, le rétablissement est à la base du nouveau plan stratégique établie sur sept ans (GNB, 2011). La province a utilisé une approche globale afin d'établir son plan d'action (Piat et Sabetti, 2012 : 22) et a inclus les ministères concernés comme le ministère du Développement social et ses partenaires gouvernementales et non gouvernementales (GNB, 2011 : 7). Le plan d'action du N.-

B. inclut une orientation de « Passer d'un modèle de pratique fondé sur le rétablissement, l'accent étant mis sur la détection précoce; modifier la culture organisationnelle au sein du système de soins de santé afin de faciliter un choix étayé » (GNB, 2011 : 7), ainsi qu'une autre d'« Utiliser au maximum des équipes multidisciplinaires et une gestion coopérative des cas » (GNB, 2011 : 7). Cependant, comme on a pu voir dans les statistiques de 2010, la province dépense deux fois moins dans les soins de santé communautaires en santé mentale (IHE, 2010 : 10), alors que ceux-ci sont essentiels pour assurer une approche de rétablissement. D'autres parts, l'Alberta a défini les problèmes de santé mentale et les maladies mentales comme étant le résultat de causes génétiques, biologiques et environnementales faisant en sorte que la personnalité des personnes est altérée par une altération du cerveau de la personne (Alberta Health Services, 2011 : 3). La stratégie publiée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario élabore que le bien-être et la bonne santé est atteinte selon des approches de rétablissements qui sont basées sur des preuves (Piat et Sabetti, 2012 : 24). Quant aux efforts d'améliorer les services communautaires, les deux provinces veulent s'y mettre. Malgré la perception biologique de la maladie mentale et des troubles mentaux, ils ne rejettent pas l'idée de rétablissement, ceux-ci font la promotion du développement des ressources de logements, d'emploi, de services d'appui, etc. (Alberta Health Services, 2011 : 3 – 4; Government of Alberta, 2011 : 15). Cependant, les deux provinces valorisent plutôt l'amélioration des services de soins médicaux et des soins primaires offerts par les médecins (Piat et Sabetti, 2012 : 24). Les différentes orientations entreprises par les provinces démontrent donc la difficulté de mettre en œuvre une vision globale homogène en matière de santé mentale au Canada. La juridiction exclusive des provinces en matière de soins et services leur permet

d'utiliser l'approche qui leur semble la plus appropriée selon leur contexte. Amener les provinces à travailler dans une direction unique pourrait être difficile.

L'importance de la structure gouvernementale canadienne qui affecte l'organisation du système de soins en santé mentale est aussi mentionnée dans le rapport du CSMC. Les auteurs suggèrent justement une amélioration par rapport aux collaborations interministérielles, ainsi qu'une collaboration avec le gouvernement fédéral en ce qui concerne les Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les autres groupes de personnes dont le gouvernement fédéral est responsable (CSMC, 2012 : 123). Néanmoins, la commission fait une recommandation d'établir des mécanismes à l'intérieur des différents ministères et autorités régionales de santé qui assurerait un contrôle sur l'élaboration des politiques interministérielle par rapport à la santé mentale. Celle-ci suggère la nomination de « coordonner la planification et la prestation des services en nommant une autorité qui aurait pour mandat d'assurer cette coordination entre les ministères ou de nommer un ministère comme organisme dirigeant » (CSMC, 2012). Les comités interministériels suggérés commencent déjà à être mis en place par les provinces (ex. : Ontario). Selon Torjman et Makhoul (2013), la majorité des provinces au Canada ont exprimé dans le plan d'action un besoin de changer l'approche « vertical » actuellement en place avec une approche plutôt « horizontale ». Le besoin d'une approche gouvernemental intégré est jugé nécessaire afin de mieux coordonner les services et d'assurer un continuum de services. Le système de soins et services en santé mentale fragmenté et organisé en silos se doit d'être réorganisé en un système bien structuré. Notamment, le Nouveau-Brunswick en a fait une priorité majeure de son plan d'action. Le plan suggère une meilleure collaboration entre les ministères en mettant en place un comité interministériel afin d'assurer une mise en œuvre unique et structurer de réformes en

santé mentale. De plus, la province veut s'investir dans des efforts pour améliorer la communication entre les ministères concernés à la mise en œuvre de meilleurs services communautaires essentiels à l'approche de rétablissement (Torjman et Makhoul, 2013 : 36). L'Ontario a déjà mis en place un comité interministériel qui inclut quatre ministères (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ministère de l'Éducation, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère de la Formation, et des Collèges et Université). Ce comité est financé sur trois ans et a comme mandat de superviser la mise en œuvre de la stratégie au besoin (Torjman et Makhoul, 2013 : 36). La stratégie de l'Alberta relève aussi l'importance d'une communication entre les ministères et 16 ministères sont mentionnés à l'intérieur du plan d'action (Torjman et Makhoul, 2013 : 37)

L'approche horizontale qui est proposée par les trois provinces pourrait entamer des défis pour chacune des provinces. Premièrement, le nombre élevé d'acteurs affectés par les problèmes de santé mentale pourrait rendre la reconnaissance des responsabilités difficile et il serait ensuite facile pour les acteurs impliqués de déléguer les tâches ou même de travailler de manière très autonome (Savoie, 2010 : 165). Les structures gouvernementales actuelles font en sorte que les différents départements s'adressent à des questions semblables, cependant la complexité des problèmes présents, comme la santé mentale, rend la collaboration entre les départements nécessaire. Les priorités et les agendas de chaque département du gouvernement différents pourraient rendre la tâche difficile. Par exemple, il se peut que l'Alberta affronte ce problème car son rapport identifie que 16 ministères traitent des questions de santé mentale. Le nombre très élevé pourrait complexifier la collaboration et les partenariats entre ceux-ci. Bref, la division des pouvoirs indépendants à l'intérieur des provinces et des ministères ne répond plus aux réalités

complexes de ce jour. Cependant, c'est l'approche qui est encore adoptée dans le système canadien, alors la collaboration entre ceux-ci, c'est-à-dire l'approche horizontale est celle proposée dans les stratégies provinciales.

Il reste donc à savoir si les structures fédérales répondent encore aux besoins complexes comme en santé mentale. Selon l'analyse des plans stratégiques provinciaux en matière de santé mentale, c'est notamment l'« approche horizontale » qui est adoptée en général. Par contre, la mise en œuvre de cette approche pourrait être freinée par des problèmes affrontés en lien avec le manque de collaboration entre les gouvernements et les ministères concernés ou des problèmes en matière de ressources humaines. Comme mentionnée auparavant, la constitution fait en sorte que le pouvoir en matière de soins et services de santé mentale est de juridiction provinciale. Sur ce, le Gouvernement fédéral peut développer une stratégie pancanadienne, mais la responsabilité reste aux provinces d'agir. Le fardeau économique reste donc aussi aux provinces et comme constaté dans la revue de littérature, le Gouvernement du Canada n'a pas promis d'agir concrètement dans la mise en œuvre de la stratégie. La ministre de la Santé de l'époque a exprimé avoir besoin de l'appui des autres acteurs concernés. De plus, puisque les transferts fiscaux sont des décisions politiques, le Gouvernement du Canada est en mesure de déterminer quel montant il débourse vers les provinces. Bref, sans mécanisme qui assure des montants exacts déboursés vers la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de santé mentale, il se peut que les orientations prometteuses et glorieuses suggérées par le Gouvernement fédéral deviennent la responsabilité des provinces qui sont déjà épuisées économiquement en matière de soins de santé. Le gouvernement fédéral devra assurer des transferts fiscaux suffisants.

Ensuite, une approche intégrée est aussi suggérée en ce qui concerne l'organisation de services en santé mentale (CSMC, 2012 : 56). Le rapport suggère une approche d'interdisciplinarité et il encourage les professionnels à améliorer la communication afin d'augmenter l'efficacité des soins et alléger la transition entre les services. Les auteurs expriment que le système actuel est comme un labyrinthe et les gens peuvent s'y perdre facilement. Puisque c'est le cas, les auteurs du rapport font la promotion de l'approche du rétablissement auprès des soins et des services de premières lignes, la promotion de l'amélioration de l'accessibilité aux services appropriés, une meilleure coordination des services de santé mentale, une meilleure intégration entre les services, ainsi que l'élimination des barrières financières pour avoir accès à des services de psychothérapie qui ne sont pas financés par les fonds publics. La réalité de chaque province diffère en ce qui concerne les ressources humaines. L'Ontario et l'Alberta se concentrent sur la formation des professionnels de santé. Ils suggèrent dans leur plan d'offrir des formations afin de mieux les outiller pour identifier des maladies mentales et les troubles mentaux, ainsi qu'être en mesure d'utiliser l'approche de rétablissement. Pour y arriver, les deux provinces font la promotion de l'approche intégrée (Torjman et Makhoul, 2013 : 26). C'est-à-dire de mettre en place des équipes spécialisées en santé mentale et de déterminer les rôles et responsabilités spécifiques des professionnels (Gouvernement de l'Ontario, 2011 : 16). Pour ce qui est du Nouveau-Brunswick, la province fait aussi la promotion des équipes multidisciplinaires intégrées qui sont jugées essentielles à l'approche de rétablissement en santé mentale. Cependant, la province doit gérer une réalité distincte qui est le fait qu'il y a un manque de ressources en matière de services spécialisés. La haute présence de régions rurales fait en sorte que plusieurs de ces régions isolées ne sont pas attirantes aux professionnels et que plusieurs régions rurales détiennent insuffisamment de ressources pour assurer une qualité de services adéquats en santé

mentale. Étant une plus petite province ayant une capacité fiscale limitée, cela devient problématique à la province. L'Alberta mentionne aussi le besoin de recruter les professionnels de santé mentale en mettant en place des campagnes de recrutement faisant la promotion des carrières prometteuses dans ce domaine (Torjman et Makhoul, 2013 : 27). Cependant, économiquement, la province de l'Alberta est mieux équipée pour financer le recrutement de professionnels spécialisés. La responsabilité d'embaucher des professionnels de santé mentale reste aux provinces. Encore une fois, la limite du pouvoir de la commission ne pourra qu'influencer les décisions prises par les provinces. De plus, comme mentionnée, chaque province fait face à des réalités différentes. Alors que le Nouveau-Brunswick gère des coupures budgétaires et des pénuries de personnel spécialisé, l'Alberta se dote d'une campagne de recrutement glorieuse. Une vision unique suggérée aux provinces n'est donc pas efficace. La diversité des besoins est trop large. Les ressources humaines deviennent un aspect important en matière de santé mentale et les provinces font face à différentes réalités. Comme la stratégie de la CSMC propose, l'idée de groupes interprofessionnels adoptant une approche de rétablissement est aussi proposée par les provinces. Le Nouveau-Brunswick connaît une pénurie de professionnels spécialisés, surtout dans les régions rurales. Cette réalité pourrait rendre la tâche de mise en œuvre de groupes interprofessionnels plus difficile. De plus, l'économie de la province ne permet pas de mettre en œuvre des campagnes de recrutement ou d'embaucher plus de professionnels. En fait, plusieurs coupures dans les emplois en santé ont été entreprises lors des dernières années. À l'intérieur du réseau *Vitalité*, plus de 400 emplois ont été éliminés (Radio-Canada, 2013). Par ailleurs, les provinces mieux placées économiquement pourraient plus facilement mettre en place ces équipes multidisciplinaires de professionnels spécialisés dans le domaine de la santé mentale et c'est ce dont les stratégies de ces provinces proposent. Par

contre, comme mentionné antérieurement, le rôle central des médecins pourrait freiner cette mise en œuvre. Les groupes de médecins restent encore très politiquement influents et sont généralement des travailleurs indépendants du secteur public. Comme suggérée par Torjman et Makhoul, l'analyse des ressources humaines pourrait devenir une analyse en soi (2013 : 1).

Pour aller plus loin, la commission fait aussi la promotion de réduction des inégalités pour les communautés du Nord, les Premières nations, les Inuits et les Métis (CSMC, 2012 : 82 – 100). Le territoire canadien contient une grande variété par rapport à sa population, les cultures et les climats. L'historique de chacun est différent et différents contextes ont créé des disparités en matière de statut économique et social. Les conditions dans lesquelles certaines populations vivent augmentent leur vulnérabilité à développer des troubles mentaux car ces personnes vivent en général dans la pauvreté, elles habitent à l'intérieur des logements inadéquats et elles ont de la difficulté à se trouver des emplois. Le manque d'éducation peut aussi contribuer à cette vulnérabilité (CSMC, 2012 : 84). De ce fait, la stratégie publiée par la commission se concentre beaucoup sur les besoins des régions nordiques et ceux des Premières nations, les Inuits et les Métis. Une vision commune nationale semblerait être plus facile à mettre en place par rapport à ces populations, car ceux-ci se retrouvent directement sous la responsabilité du gouvernement fédéral.

Conclusion

Ce présent mémoire mène donc à la conclusion que la stratégie pancanadienne en matière de santé mentale *Changer les orientations, changer des vies* ne pourra pas simplement être mise en œuvre dans un pays aussi diversifié. Malgré les similitudes en matière d'actions concrètes prise par les provinces en matière de santé mentale avec celle suggérée dans la stratégie nationale, elles affrontent différentes réalités. Puisque le pouvoir reste aux provinces, elles peuvent donc agir en fonction de leurs besoins. Ni le gouvernement fédéral, ni la Commission de la santé mentale du Canada n'ont le mandat d'imposer des actions concrètes entreprises par les provinces. Sur ce, elle peut généralement utiliser que des méthodes d'appui et d'influence en ce qui concerne la santé mentale. Enfin, une vision commune comme désignée dans la stratégie nationale est donc difficile à établir.

La commission est consciente que la structure d'organisation gouvernementale actuelle rend la tâche de restructuration du système de santé mentale difficile. Elle exprime que les différentes législatures devront davantage collaborer et améliorer la communication afin de l'aligner vers une même direction. Ce dont nous pouvons conclure est qu'effectivement la Commission et le Gouvernement du Canada pourront agir en matière d'appui à la recherche ou à la diminution des inégalités pour certains groupes. Cependant, les systèmes de soins diffèrent de province en province et les approches adoptées aussi diffèrent. De plus, les structures fédérales ne répondent plus aux besoins des problèmes complexes présents dans la société. Les personnes souffrant de maladies mentales et de troubles mentaux ont le besoin d'avoir accès à des services qui dépendent de plusieurs ministères et département au gouvernement. Cependant, la collaboration

n'est pas toujours évidente entre ces différents acteurs. La méthode de pouvoirs inclusifs des départements ministériels est donc questionnée.

Ensuite, l'efficacité des soins et services en santé mentale a le potentiel de s'améliorer en augmentant la collaboration et la communication entre les professionnels concernés, c'est-à-dire en adoptant une approche intégrée. Il semble donc pertinent pour la commission de développer un rapport d'identification des rôles spécifiques des professionnels afin de développer des ressources pour mieux informer les utilisateurs de services et de clarifier la direction à prendre. Toutefois, les structures de soins de santé au Canada font en sorte que certains services sont publics, d'autres sont généralement des employeurs indépendants, alors que certains soins sont privés. Les différentes formations et habiletés des professionnels peuvent aussi mener à des ambiguïtés dans la mise en œuvre d'une équipe multidisciplinaire. Les différentes professions peuvent avoir différentes priorités et différentes perspectives. Ainsi, la domination des médecins qui détiennent un grand pouvoir décisionnel en matière de soins de santé pourrait ralentir l'approche plus intégrée des professionnels

Le plus grand potentiel de la commission par rapport à son mandat est de former, d'éduquer et de conscientiser les décideurs politiques, les gestionnaires, les prestataires de soins, et la population en générale. Les initiatives déjà en place de formation et d'offre de premiers soins en matière de santé mentale sont prometteuses pour mieux former les personnes qui ne sont pas nécessairement spécialisées en santé mentale, mais qui doivent affronter des personnes ayant des problèmes de santé mentale. La conscientisation permettra de mettre plus d'accent sur la problématique et de développer une motivation de vouloir agir.

Dans l'ensemble, la santé mentale reste orpheline et aucune autorité ne s'occupe spécifiquement de celle-ci. Elle se doit de devenir très présente à l'agenda politique afin de recevoir l'attention nécessaire. Est-ce que la santé mentale recevra l'attention nécessaire suite aux orientations suggérées par la commission? La volonté d'agir par les différents acteurs et le début de la normalisation des problèmes de santé mentale donne espoir. Des campagnes de sensibilisations ont été lancées et des actions concrètes ont été mises en place. Ainsi, il semble que plusieurs acteurs à l'extérieur du gouvernement veulent aussi se joindre à l'élan d'action.

Bibliographie

Albee, George. W. & Ryan, Kimberly. (1998) *An overview of the primary prevention*. Journal of Mental Health (1998) 7, 5 pp. 441 – 449

Alberta Health Services (2011). *Alberta's Addiction and Mental Health Strategy*.

Armstrong, Pat & Armstrong Hugh. (2008). *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing. Halifax, Winnipeg.

Bakvis, Herman & Juillet, Luc. (2004). *The Strategic Management of Horizontal Issues: Lessons in Interdepartmental Coordination in the Canadian Government*. Paper presented at a conference on “Smart Practices Toward Innovation in Public Management”. U.S. Studies Program, University of British Columbia, Vancouver.

Bakvis, Herman & Juillet, Luc (2004) *The Horizontal Challenge: Line Departments, Central Agencies and Leadership*, Ottawa, Canada School of Public Service, 2004, 77 p.

Bell Canada (2013). *Bell Cause pour la cause* [En ligne] <http://cause.bell.ca/fr/initiatives> (Consulté le 20 août 2013).

Bourns Andrew et Graefe, Peter. (2011). “*Implementing a National Vision*”: *The Romanow Report's Three Federalism*. dans Behiels, Michael et Rocher, François. *State in Transition: Challenges for Canadian Federalism*. Invenire Books. Ottawa. pp. 197 – 215.

Brown, Doug (2012) *Fiscal Federalism: Maintaining a Balance?* in Grace Skogstad and Herman Bakvis (eds). *Canadian Federalism: Performance, Effectiveness, and Legitimacy*, Third Edition, Toronto: Oxford.

Campion-Smith, Bruce. (2012). *Ottawa endorses overhaul of mental-health services but funding still a question*. The Star. [En ligne] http://www.thestar.com/news/canada/2012/05/08/ottawa_endorses_overhaul_of_mentalhealth_services_but_funding_still_a_question.html (Consulté le 27 mars, 2013)

Canadian Institute for Health Information (2012). *Canada's health care spending growth slows*. [En ligne] http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/document/spending+and+health+workforce/spending/release_30oct12 (Consulté le 24 août 2013).

Coalition for Appropriate Care and Treatment. (2011). *Dialogue with the mental health commission of canada on their position on serious mental illness in their draft strategy*. [En ligne] <http://www.cfact.ca/mhccletter.html> (Consulté le 27 mars, 2013)

Commission de la santé mentale du Canada (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. [En ligne]

http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_FR_final.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer les vies : Stratégies en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa, Calgary.

Commission de la santé mentale du Canada. (2013) *Communiqué : Le budget fédéral 2013 favorable pour la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. [En ligne] http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/Press_Release_Federal_Budget_2013_FRE.pdf (Consulté le 29 mars, 2013). Ottawa, Calgary.

D'Amour, Danielle et Oandasan, Ivy. (2005). *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept*. Journal of Interprofessional Care. Supplement 1, pp. 8 – 20.

Davies, Libbye. (2012). *Libby urges the Conservative government to commit to the Mental Health Strategy for Canada*. House of Commons. [En ligne] <http://www.libbydavies.ca/parliament/questionperiod/2012/5/9/libby-urges-conservative-government-commit-mental-health-strategy#.UhrCuFJzbIU>. (Consulté en avril 2013).

Davis, Simon. (2006). *Community Mental Health in Canada: Theory, Policy and Practice*. UBC Press. Vancouver.

Eggertson, Laura. 2012. "Mental health strategy needs national buy-in." Canadian Medical Association Journal 184(9): E469–E470.

Exworthy, Mark & Hunter, David J. (2011). *The Challenge of Joined-Up Government in Tackling Health Inequalities* in International Journal of Public Administration, (34) pp. 201 – 2012.

Fafard, Patrick. (2013). *Health in All Meets Horizontal Government*. First International Conference on Public Policy. Graduate School of Public and International Affairs, University of Ottawa. First International Conference on Public Policy. Grenoble, France.

Fafard, Patrick. (2013). *Intergovernmental Accountability and Health Care: Reflections on the Recent Canadian Experience*. dans Graefe, Peter et coll. *Overpromising and Underperforming? Understanding and Evaluating New Intergovernmental Accountability Regime*. Institut d'administration publique du Canada. University of Toronto Press. pp. 31 – 55.

Fierlbeck, Katherine. (2012). *Health Care in Canada: A Citizen's Guide to Policy and Politics*. University of Toronto Press. Toronto, London, Buffalo.

Goldbloom, David et Bradley, Louise. (2012). *The Mental Health Commission of Canada: The first five years*. Mental Health Review Journal. 17(4). pp 221 – 228.

Goldbloom, David. (2012). *A New Strategy for Mental Health*. [En ligne] <http://ww3.tv.org/video/177275/david-goldbloom-new-strategy-mental-health>. The Agenda with Steve Paikin. TVO. (Consulté le 30 mai 2013).

Goldner, Elliot. M. et coll. (2011). *A concise Introduction to Mental Health in Canada*. Canadian Scholars' Press Inc. Toronto.

Golembiewski, Jan. (2013). *Blind Spot (A peek into the future of Mental Health in Canada)*. Changing Landscape - sustainable healthcare design. University of Sydney, Schizophrenia Research Institute. pp. 2 – 6.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2011). « Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011 – 2018 ». Fredericton.

Government of Ontario (2011) 'Open Minds, Healthy Minds : Ontario's Comprehensive Mental Health and Addiction Strategy'

Guest, Dennis. (1995). *Histoire de la sécurité sociale au Canada*. Les éditions Boréale. Montréal, Québec.

Inman, Susan. (2011). Suppressing Schizophrenia: Schizophrenia is invisible in Canada's new mental health strategy. [En ligne] <http://theyee.ca/Opinion/2011/08/29/Review-Mental-Health-Strategy/> (Consulté le 27 mars, 2013)

Institute of Health Economics (2010) 'The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada', Mental Health Commission of Canada. Alberta.

Kavanah, Dennis & Richard, David. (2001). *Departmentalism and Joined-Up Government : Back to the Future?* in Parliamentary Affairs. Hansard Society for Parliamentary Government. (54) pp. 1 – 18.

Kvarntröm, Susanne (2008). *Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork* in J Interprof Care. 22(2). pp. 191-203.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2006). *L'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. [En ligne] <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm> (Consulté le 25 mars, 2012)

Marmour, Theodore R., Freeman, Richard & Okma, Kieke G.H. (2009). *Comparative Studies & the Politics of Modern Medical Care*. Yale University Press. New Haven and London.

Morin, Alexandre. (2008). *Le fédéralisme canadien dans Constitution, fédéralisme et droits fondamentaux : Commentaires et documents*, Montréal, LexisNexis. (1) pp. 11 – 43.

Movember Foundation. (2013) *Changing the face of Men's Health : Prostate Cancer / Mental Health/ Testicular Cancer* [En ligne] <http://ca.movember.com/> (Consulté le 20 août 2013).

National Physician Survey. (2007). National Results by FP/GP or Other Specialist, Sex, Age, and All Physicians. [En ligne] <http://nationalphysiciansurvey.ca/result/2007-national-results/> (Consulté le 25 août 2013).

Noël, Alain-G. (2006). *Équilibre et déséquilibre dans le partage des ressources dans Le fédéralisme canadien contemporain – fondements, traditions, institutions*. Les Presses de l'Université de Montréal, (10) pp. 306 – 338.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Vers l'unité pour la santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail.

Piat, Myra et Sabetti, Judith. (2009). *The Development of a Recovery-Orientated Mental Health System in Canada : What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us*. Canadian Journal of Community Mental Health. 28(2). pp. 17 – 32.

Piat, Myra et Sabetti, Judith. (2012). *Recovery in Canada : Toward social equality*. International Review of Psychiatry, 24(1), pp. 19 – 28.

Prince, Michael. J. (2001). *Canadian Federalism and Disability Policy Making*. Canadian Journal of Political Science. 791 – 817.

Radio Canada. (2013). *Compression au réseau Vitalité: les avis sont partagés*. [En ligne] <http://www.radio-canada.ca/regions/atlantique/2013/02/27/001-compressions-confirmees-reseau-vitalite.shtml#!> (Consulté le 22 juillet 2013).

Romanow, R. J., and G. P. Marchildon. (2003) 'Psychological services and the future of health care in Canada.' Canadian Psychology/Psychologie canadienne 44(4): 283.

Ross, Marvin. (2012). *Mental Health Commission dabbles in dysfunction*. [En ligne] http://www.huffingtonpost.ca/marvin-ross/mental-health-commission_b_981812.html (Consulté le 28 mars, 2013)

Ross, Marvin. (2012). *A worrisome approach to mental health: commission is secretive about its already controversial strategy*. [En ligne] <http://www.thespec.com/opinion/columns/article/649235--a-worrisome-approach-to-mental-health>. (Consulté le 25 mars, 2013)

Savoie, Donald J. (2010). *Power, where is it?*. McGill-Queen's University Press. Montréal & Kingston. MQUP.

Simpson, Jeffrey. (2012). *Chronic Conditions: Why Health-Care System needs to be Dragged into the 20th Century*. Toronto. Penguin Group.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.

Stephens, Thomas et Joubert, Natacha. (2001). *The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada*. dans Chronic Diseases in Canada. Public Health Agency of Canada. Government of Canada Web Archive. 22(1).

Tataw, David Besong. (2011). *Individual, Organizational, and Community Interprofessional Competencies for Education, Training, and Practice in Health and Social Care*. in Journal of Human Behavior in the Social Environment (21) pp. 1- 24 © Taylor & Francis Group, LLC.

Tiedemann, Marlisa. (2011). *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*. Publication no 2008-58-F. Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement du Canada. [en ligne]
<http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2011-91-f.htm> (Consulté le 23 août 2013).

Torhman, Sherri & Makhoul, Ann. (2013). *Knowledge Exchange for Mental Health*. Caledon Institute of Social Policy. Ottawa.

Tsasis, Peter, and Jatinder Bains. 2009. *Chronic Disease: Shifting the Focus of Healthcare in Canada*. Healthcare Quarterly 12(2): e1–e11.