

L'équité pour
la santé mentale

METTRE FIN
À LA
DIS **PARITÉ**
EN SANTÉ
AU CANADA

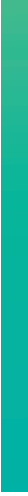
Septembre 2018



Association canadienne
pour la santé mentale
La santé mentale pour tous



ans dans la
communauté



Fondée en 1918, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est l'organisme communautaire du secteur de la santé mentale le plus vaste et le mieux établi au Canada. Présente dans plus de 330 communautés réparties dans toutes les provinces, l'ACSM œuvre en défense des droits et offre des ressources qui contribuent à prévenir les problèmes et les troubles de santé mentale, à soutenir le rétablissement et la résilience, afin de permettre à tous les Canadiens et Canadiennes de s'épanouir pleinement.

Visitez le site Web de l'ACSM à
www.acsm.ca

Pour plus d'informations :

Fardous Hosseiny

Directeur national, politiques publiques et relations
avec le gouvernement
fhosseiny@cmha.ca

Personne-ressource pour les médias :

Katherine Janson

Directrice nationale des communications
416-646-5557, poste 24923
kjanson@cmha.ca

Introduction

La santé mentale et la santé physique sont deux composantes intrinsèques au bien-être¹. Pourtant, les efforts visant à améliorer l'état de santé de la population mondiale ont été centrés sur la prévention et le traitement des problèmes de santé physique². La priorité accordée à la santé physique a engendré des déséquilibres au sein des systèmes de santé, entre autres « des taux de traitement moins élevés pour les problèmes de santé mentale, des décès prématurés chez les personnes qui en souffrent et le sous-financement des services par rapport à l'importance et aux impacts de ces problèmes³ ».

Le système de santé du Canada n'échappe pas à cette réalité. En fait, en tant que nation, le Canada est en retard en ce qui concerne la promotion de la santé mentale et le traitement des troubles mentaux et des dépendances⁴. Chaque année, 6,7 millions de Canadiens – soit une personne sur cinq – souffrent de troubles mentaux et, à partir de l'âge de 40 ans, ce ratio augmente pour représenter un Canadien sur deux⁴. Malgré la prévalence élevée des troubles mentaux au Canada, un grand nombre de Canadiens déclarent éprouver des besoins non satisfaits en matière de services en santé mentale⁵. En 2012, on estimait que 600 000 personnes éprouvaient des besoins non satisfaits en matière de services en santé mentale, le counseling étant considéré comme le besoin non

1,6 million
de Canadiens ont des besoins de services
en santé mentale non satisfaits

satisfait le plus élevé. Les services psychologiques fondés sur des données probantes, offerts par des psychologues et d'autres professionnels qualifiés, ne sont généralement pas financés par les pouvoirs publics. Lorsque c'est le cas, les temps d'attente pour avoir accès à ces services sont importants, ce qui les rend inaccessibles aux moments où ils sont le plus nécessaires. Par exemple, au cours de l'année 2016 en Ontario, on a dénombré 12 000 jeunes qui ont dû attendre jusqu'à 18 mois pour avoir accès à ces services⁶. Un autre défi auquel fait face notre système de services en santé mentale concerne le fait que la population du Canada est en croissance et qu'une partie de celle-ci est vieillissante. Considérant le nombre important de nouveaux arrivants accueillis au Canada et la population croissante d'aînés à risque de souffrir de problèmes de santé mentale au cours du processus de vieillissement, l'incidence des troubles mentaux et la demande pour des traitements accessibles et de qualité seront aussi accrues.

¹ Tout au long de ce présent document, les références à la santé mentale et à la maladie mentale incluent les problèmes de consommation de substances et de dépendances. Il en est de même pour les services de santé mentale et de maladie mentale, ils incluent un continuum complet de services d'aide associés à la dépendance et aux problèmes de consommation, et ce, même s'ils ne sont pas explicitement nommés.

Nous sommes présentement confrontés à une crise d'opioïdes au Canada. En 2017, près de 3 987 Canadiens sont décédés d'une surdose, bien qu'il s'agisse probablement d'une sous-estimation du nombre de vies perdues⁷. Comme nous l'avons démontré dans notre rapport intitulé *Soutenir et non punir : Désamorcer la crise des opioïdes au Canada*, cette crise émane de la douleur et de la souffrance – physique, spirituelle et psychologique –, et elle est liée à plusieurs facteurs : les inégalités sociales, le colonialisme et les traumatismes intergénérationnels, la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes qui consomment des drogues, l'accès inadéquat à des services appropriés et efficaces en santé mentale et en dépendances ainsi que les lacunes dans les approches actuelles en traitement de la douleur. Les Canadiens qui cherchent à avoir accès aux services de traitement des dépendances ou de la douleur chronique risquent d'avoir à parcourir de longues distances, à faire face à de longues listes d'attente et/ou à payer pour des services privés.

Le sous-financement chronique des services en santé mentale a été plus marquant dans le secteur communautaire.

Avec la légalisation du cannabis à l'horizon, il est possible que nous ayons à faire face à une demande accrue de services pour le traitement des troubles liés à la consommation de cannabis et d'autres troubles mentaux liés à cette consommation. Bien qu'il soit prouvé que des bienfaits sont associés à la consommation

de cannabis pour le traitement de certains troubles, notamment la dépression et le trouble de stress post-traumatique, le cannabis, comme de nombreuses autres substances psychoactives, comporte des risques en termes de santé mentale et de dommages potentiels, surtout chez les jeunes⁸. Les répercussions de la légalisation du cannabis en matière de santé publique au Canada sont inconnues à l'heure actuelle, car elles dépendront des moyens d'application des nouvelles lois et, plus spécifiquement, de leurs effets potentiels sur la consommation d'autres substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac et les opioïdes d'ordonnance⁹.

Consacrant seulement 7,2 % de ses dépenses de santé aux services en santé mentale, le Canada met ainsi la santé mentale des Canadiens en péril. Par rapport à tous les pays membres du G7, il est celui qui consacre la plus faible proportion de dépenses en santé mentale. Par exemple, le système de santé en Angleterre attribue 13 % de ses dépenses de santé aux services en santé mentale. Cependant, une analyse récente de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) portant sur les dépenses liées aux services en santé mentale à travers le monde a conclu que même les 13 % des dépenses de l'Angleterre risquent d'être insuffisants, considérant que les troubles mentaux représentent jusqu'à 23 % du fardeau total des maladies¹⁰. Le sous-financement chronique des services en santé mentale a été plus marquant dans le secteur communautaire.

7,2 %

du budget de santé du Canada vont aux services en santé mentale

13 %

du budget de santé de l'Angleterre vont aux services en santé mentale

La *Loi canadienne sur la santé* ne mentionne pas que le « système de santé universel » doit inclure des services fondamentaux en santé mentale qui sont fournis par les intervenants en dépendances, les psychologues, les travailleurs sociaux et les pairs aidants spécialisés. Ces services se situent au fondement de l'intervention en santé mentale dans les autres pays du G7¹¹.

Pour faire face à ce sous-financement chronique des services en santé mentale, le gouvernement canadien a récemment fait preuve d'un leadership sans précédent en reconnaissant les graves lacunes du système de services en santé mentale et en mettant en œuvre des mesures pour y remédier grâce à l'investissement de fonds supplémentaires. En 2017, il a annoncé qu'il consacrerait cinq milliards de dollars pour soutenir différentes initiatives en santé mentale sur une période de dix ans, incluant le financement de services en santé mentale et en dépendances au sein du secteur communautaire¹². Ce nouvel investissement constitue une bonne nouvelle et nous la saluons, mais nous considérons qu'il y a encore du chemin à parcourir avant que les services en santé mentale soient financés à parité, et proportionnellement à la sévérité des maladies, avec les soins de santé physique.

Les Canadiens souffrent en ce moment de problèmes de santé que nous pouvons prévenir et gérer avec les formes de soutien appropriées. La population canadienne mérite d'avoir accès à un continuum de services intégrés en santé mentale et en dépendances qui soit financé publiquement et coordonné à l'échelle locale afin de promouvoir et d'améliorer sa qualité de vie. **Nous demandons au gouvernement du Canada de créer une loi sur la parité en santé mentale afin de placer les services en santé mentale et en santé physique sur un pied d'égalité.**

■ Méthodologie

Cet appel pour une législation paritaire s'appuie sur une série de recommandations issues de politiques publiques fondées sur des données probantes ainsi que de recherches réalisées par des organismes en santé mentale, des gouvernements, des chercheurs et des centres de recherche, notamment l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM), le *UK National Health Service* (réseau de santé du Royaume-Uni), le ministère de la Santé de l'Australie, le *Royal College of Psychiatrists* (Collège royal des psychiatres) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). La recommandation pour la création d'une *loi sur la parité en santé mentale* a été présentée pour la première fois par l'ACMMSM, dont l'ACSM est membre, dans le document politique *Santé mentale : que ça bouge* – un document qui constitue une base importante pour la stratégie présentée ici. En plus d'avoir procédé à une revue de la littérature en recherche clinique, nous avons effectué des analyses juridiques pour étudier les politiques et les pratiques en matière de parité dans d'autres pays. Cette recherche a été menée par le groupe de travail sur les politiques publiques de l'ACSM, composé d'experts représentant les filiales, les régions et les divisions provinciales de l'ACSM à travers le Canada, et en consultation avec son Conseil national des personnes avec une expérience vécue et son conseil d'administration national.

L'état des services en santé mentale au Canada

Au Canada, les services de santé sont régis par la *Loi canadienne sur la santé* (1984), qui a pour mandat de « protéger, promouvoir et rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent¹³ ». Cependant, la Loi impose actuellement le financement public seulement pour les traitements jugés « médicalement nécessaires » et qui sont le plus souvent dispensés dans un hôpital ou une clinique médicale. Les services non intensifs et à faibles barrières d'accès offerts au sein de la communauté, tels que la psychothérapie, le counseling et le soutien par les pairs, ne sont pas inclus.

Par conséquent, les médecins canadiens constituent le noyau dur de la prestation de services en santé mentale financée par l'État. Près de 80 % des Canadiens consultent leur médecin de famille pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale, mais ces services sont limités : les médecins offrent habituellement des traitements médicamenteux, du soutien émotionnel, du counseling pour promouvoir

la santé et le bien-être ainsi que des conseils et des références vers d'autres services¹⁴. De nombreux médecins ne bénéficient pas du soutien et des ressources nécessaires pour traiter les personnes qui souffrent de troubles mentaux, ou n'ont peut-être pas le temps ou les ressources nécessaires pour répondre à la demande de services¹⁵. De surcroît, 14,9 % des Canadiens, soit près de 4,5 millions de personnes, n'ont pas de médecin de famille, ce qui signifie qu'ils n'ont probablement pas accès à des services de base en santé mentale¹⁶.

La plupart des Canadiens qui ont besoin d'une forme de psychothérapie reconnue pour le traitement des troubles mentaux légers ou modérés doivent en assurer le coût eux-mêmes ou y accéder par le biais de régimes privés d'assurance maladie. On estime que les Canadiens dépensent collectivement 950 millions de dollars par année pour des services de psychothérapie du secteur privé, dont 30 % de ce montant est payé de leur poche¹⁷. Les régimes privés d'assurance maladie ont souvent des limites de dépenses annuelles, une couverture typique variant entre 400 et 1 500 dollars par an – ce qui risque d'assurer seulement de deux à huit séances de psychothérapie. Ce type d'assurance peut également inclure d'autres services tels que la massothérapie et la physiothérapie, ce qui risque de réduire davantage les dépenses pour les services en santé mentale¹⁸.

80 %

**des Canadiens
consultent leur
médecin de famille
pour répondre à leurs
besoins en matière de
santé mentale**

Récemment, de nombreuses entreprises établies au Canada ont augmenté leur offre d'avantages sociaux liés aux services en santé mentale. En 2017, Manuvie a haussé le montant de son offre de prestations de soutien en santé mentale à 10 000 \$ par personne annuellement, et les entreprises Great-West Life et Starbucks offrent maintenant des prestations d'une valeur de 5 000 \$ à leurs employés. L'ACSM salue l'engagement de ces entreprises envers la santé mentale et le bien-être psychologique de leurs employés. Au Canada, le secteur privé dépense collectivement entre 180 et 300 millions de dollars en prestations d'invalidité de courte durée liée à la santé mentale et 135 millions de dollars en prestations d'invalidité de longue durée – des coûts qui pourraient être considérablement réduits par les types d'investissement en santé mentale réalisés par Manuvie, Great West Life et Starbucks¹⁹. Toutefois, nous reconnaissons également que le secteur privé ne peut à lui seul répondre aux besoins de tous les Canadiens en matière de santé mentale. À l'heure actuelle, certains des meilleurs régimes privés d'assurance pour les services en santé mentale sont offerts aux personnes qui bénéficient d'un emploi permanent et de qualité. Par conséquent, les Canadiennes et Canadiens en situation de pauvreté et ceux qui sont sans emploi ou sous-employés, en sont exclus.

Les personnes souffrant de troubles mentaux plus complexes font face à des obstacles encore plus importants en ce qui concerne l'accès aux services. Les services en psychiatrie sont couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux. Cependant, au sein du Sondage national des médecins réalisé en 2010, les médecins de famille canadiens ont le plus souvent évalué que l'accès à un psychiatre pour leurs patients était « médiocre », et ils ont souligné leur frustration en raison des longs temps d'attente²⁰. Les communautés à faible revenu sont confrontées à des taux plus élevés de troubles mentaux et ont davantage besoin de services. Et pourtant, les recherches démontrent qu'il existe des inégalités en termes de prestation de services en psychiatrie

et que notre régime universel d'assurance maladie a tendance à offrir plus de « services réguliers en psychiatrie aux personnes ayant un statut socioéconomique élevé qui souffrent de troubles mentaux plus légers, comparativement aux groupes défavorisés ou aux personnes souffrant de troubles sévères et persistants²¹ ». Plusieurs des personnes qui vivent avec des troubles mentaux complexes et qui n'ont pas accès à des soins médicaux de première ligne et/ou à un psychiatre s'en remettent aux services d'urgence à titre d'accès principal aux soins, et ils risquent alors de quitter l'hôpital sans soutien ni suivi adéquats²². Une gestion efficace des symptômes et du processus de rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux complexes, sévères et persistants peut nécessiter une équipe composée de prestataires de services, de pairs aidants, et de familles qui soit intégrée au sein des communautés, des écoles, des milieux de travail et des établissements de santé²³.

Les efforts visant à améliorer le système de santé canadien ont été axés sur le système de soins de courte durée, alors que les services communautaires en santé mentale reçoivent une portion limitée du financement²⁴. En conséquence, de nombreuses personnes ayant des problèmes de santé chroniques et complexes ne bénéficient pas de toute la gamme de services dont elles ont besoin et finissent par subir le « syndrome de la porte tournante dans le système de soins de

Les Canadiens doivent avoir accès à des services communautaires de santé mentale adéquatement financés et coordonnés, accessibles au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

courte durée²⁵ ». Le fait de miser davantage sur les soins de courte durée engendre « l'encombrement des services d'urgence, le syndrome de la porte tournante en psychiatrie et une demande accrue pour les services policiers et les services sociaux²⁶ ».

Le traitement inadéquat et inéquitable des troubles mentaux engendre des conséquences. La maladie mentale peut avoir un impact sur la qualité de vie de la personne en générant des sentiments de détresse, de perte de contrôle, d'anxiété et d'inquiétude ainsi qu'en réduisant le niveau d'énergie et le sentiment d'efficacité personnelle²⁷. La famille peut également être confrontée à des stressors en lien avec son offre de soutien sur les plans émotionnel et physique, des stressors qui peuvent inclure l'isolement, une diminution des activités sociales et des difficultés financières²⁸. Les personnes souffrant de troubles psychotiques, de troubles bipolaires et de troubles dépressifs modérés à sévères ont une espérance de vie réduite de 10 à 25 ans, car plusieurs d'entre elles

souffrent de maladies chroniques concomitantes comme le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires, respiratoires et infectieuses, en plus du taux de suicide plus élevé au sein de leur population²⁹. Des conséquences économiques se font aussi sentir. Une étude réalisée en 2011 évalue que les coûts qu'engendrent les troubles mentaux au Canada dans les services de santé, les services sociaux et en matière de soutien du revenu représentent plus de 42,3 milliards de dollars par année³⁰. De surcroît, on estime que près de 50 milliards de dollars sont également perdus annuellement à cause du chômage, de l'absentéisme et de la perte de productivité au travail³¹. Compte tenu de l'importance des coûts personnels et économiques qui peuvent être liés aux troubles mentaux non traités, il est crucial que les Canadiens aient accès à des services communautaires en santé mentale adéquatement financés et coordonnés, accessibles au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

Vers l'équité pour la santé mentale

Une loi sur la parité en santé mentale

La parité renvoie à la notion que la santé mentale devrait être sur un pied d'égalité avec la santé physique au sein des systèmes de santé³². Il ne s'agit pas d'une nouvelle idée : d'autres pays ont adopté des lois sur la parité en santé mentale, également connues sous le nom de *parity of esteem legislations* (traduction libre : lois sur la parité valorisante), afin de s'assurer que les citoyens aient accès à des services essentiels en santé mentale. En 1996, les États-Unis ont adopté la Loi sur la parité en santé mentale (*Mental Health Parity Act*), qui fut par la suite amendée pour devenir la Loi sur l'équité en santé mentale et en dépendances (*Mental Health and Addiction Equity Act*). Cette dernière prévoit que les limites en matière de couverture des dépenses, annuelles ou au cours de la vie entière, pour des services en santé mentale et en dépendances ne peuvent être inférieures à celles attribuées aux services médicaux et chirurgicaux au sein des régimes d'assurance maladie. En 2012, le Royaume-Uni a également adopté une loi sur la santé et les services sociaux (*Health and Social Care Act*) pour introduire en droit le principe de parité pour la santé mentale. La parité ne signifie pas seulement l'obtention d'un meilleur financement pour les services, elle renvoie aussi à : l'égalité d'accès aux services et traitements les plus efficaces et sécuritaires; l'égalité dans l'allocation du temps, des efforts et des ressources pour améliorer la qualité des services; l'égalité de statut au sein des programmes de formation et des pratiques en santé; des aspirations tout aussi élevées pour les usagers; et l'égalité dans l'évaluation des indicateurs de santé³³. Pour atteindre ces objectifs

au Canada, l'ACSM a ciblé cinq stratégies qui devraient être intégrées dans une *loi sur la parité en santé mentale* pour faire en sorte que les services en santé mentale soient valorisés de façon proportionnelle et équitable au sein de notre système de santé.

Ces cinq stratégies sont :

- 1 Financer publiquement des thérapies fondées sur des données probantes
- 2 Améliorer la qualité des services à travers un continuum de services intégrés
- 3 Investir dans la promotion, la prévention et l'intervention précoce
- 4 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination et assurer un accès équitable aux services
- 5 Réaliser des recherches sur les troubles mentaux et évaluer les indicateurs de santé

Notre parcours vers l'atteinte de la parité sera plus optimal si les gouvernements, les organismes communautaires et tous les autres acteurs concernés travaillent en collaboration avec les communautés autochtones et les personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux. La planification des politiques publiques et le développement des programmes devraient être réalisés en partenariat avec les communautés autochtones; les services de santé et les services sociaux offerts aux communautés autochtones devraient

être adaptés à leur culture et être basés sur la sécurité culturelle, ils devraient être gérés par eux et inclure des formes de soutien tenant compte des traumatismes afin d'assurer leur pérennité et leur efficacité. Il est essentiel de reconnaître que les pratiques fondées sur des données probantes incluent les pratiques traditionnelles de médecine et de guérison autochtones, au même titre que les données issues du modèle scientifique occidental. Faire en sorte que les communautés autochtones aient accès à des services appropriés et basés sur la sécurité culturelle, tout en reconnaissant la valeur des savoirs traditionnels autochtones, contribuera à l'atteinte des objectifs énoncés par la Commission de vérité et réconciliation. De plus, le fait d'impliquer les personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux engendre de meilleurs résultats en ce qui a trait à l'état de santé de la population. Les actions menées par ces personnes se sont démontrées particulièrement efficaces et elles ont permis que les nouvelles initiatives demeurent accessibles, flexibles, pertinentes et adéquates.

1 FINANCER PUBLIQUEMENT DES THÉRAPIES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

Un argument convaincant en faveur du financement public et à grande échelle de la psychothérapie repose sur le fait que ce type d'intervention a démontré son efficacité dans le traitement de certains types de troubles mentaux. L'une des formes de psychothérapie « fondées rigoureusement sur des données probantes » est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Selon Gratz et Goldbloom, il a été démontré que la TCC est aussi efficace que les antidépresseurs dans le traitement de la dépression légère ou modérée, et que la combinaison de ces deux types de traitement est encore plus efficace que lorsqu'un seul d'entre eux est utilisé³⁴. La TCC a également été employée pour aider les patients atteints de cancer à composer avec la chimiothérapie, pour accompagner les patients

à travers le processus de gestion de leur poids, pour favoriser le rétablissement à la suite d'une consommation problématique de substances psychoactives et pour aider les personnes ayant souffert de dépression à retourner au travail à temps plein³⁵. La TCC et d'autres formes de psychothérapie sont également recommandées au sein de différentes lignes directrices nationales, notamment celles du *National Institute for Health and Clinical Excellence* du Royaume-Uni (traduction libre : Institut national pour la santé et l'excellence clinique) et de l'*American Psychological Association* (traduction libre : Association américaine de psychologie), à titre de pratiques fondées sur des données probantes pour le traitement des problèmes de santé mentale.

Le Canada a besoin d'un système qui intègre les services en santé mentale et en dépendances fondés sur des données probantes aux services de soins primaires.

Au Canada, la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux non traités ainsi que le poids social qu'ils représentent requièrent un type de système de santé différent – un système qui intègre les services en santé mentale et en dépendances fondés sur des données probantes aux services de soins primaires. Pour traiter les formes courantes (légère à modérée) de troubles mentaux, nous pouvons nous inspirer de l'Angleterre et de l'Australie, sachant que ces deux États ont réussi à créer des systèmes publics démontrant de bons niveaux de rentabilité et de transférabilité pour ces traitements. En 2008, le ministère de la Santé a lancé le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (traduction libre : Améliorer l'accès à la psychothérapie), offert au sein du *National Health*

Pour les communautés autochtones du Canada, l'intégration d'approches culturelles au sein des programmes de thérapie est essentielle pour une perspective de soutien du bien-être et du rétablissement.

Service (NHS) de l'Angleterre. Le programme IAPT est conçu pour les adultes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux légers à modérés, et il est basé sur le modèle de soins par étapes, qui adapte le niveau et l'intensité des traitements offerts en fonction de la sévérité des troubles. Dans les systèmes de santé qui mettent en place ce type de modèle, les personnes reçoivent les services les plus appropriés, les plus susceptibles d'améliorer leur état de santé, et un processus de révision intégré au modèle leur permet de changer de niveau d'intensité de traitements selon leurs besoins. La plupart des personnes qui entament un traitement dans le cadre du programme IAPT débutent par la consultation « d'intervenants en bien-être » – des professionnels qualifiés qui offrent de l'information et des services thérapeutiques de faible intensité – et ils ne changent de niveau d'intensité de traitements que s'ils ne répondent pas à ces derniers. Ce système fait en sorte que les personnes soient orientées vers le niveau de traitement approprié afin que les services fournis par des cliniciens spécialisés dans les traitements d'intensité supérieure soient réservés aux personnes ayant des besoins plus importants et plus complexes³⁶.

L'Australie offre également des services psychologiques de première ligne. Le programme *Access to Allied Psychological Services Program* (ATAPS) (traduction libre : Accès aux services psychologiques connexes) et l'initiative *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners* (traduction libre : Un meilleur accès aux psychiatres, aux psychologues et aux omnipraticiens), lancés respectivement en 2001 et en 2006, offrent aux Australiens jusqu'à dix séances de psychothérapie en plus de la thérapie de groupe, les coûts étant couverts par *Medicare*³⁷.

Les programmes britannique et australien sont tous deux populaires et efficaces. Depuis le lancement de l'IAPT en Angleterre, le NHS a formé plus de 6 000 nouveaux psychothérapeutes et, au cours de la dernière année seulement, il a été en mesure d'offrir ses services à 965 000 personnes, avec un taux de rétablissement de plus de 50 %³⁸. En comparaison, le coût économique lié à la dépression, aux troubles anxieux et à d'autres troubles mentaux est estimé à 147 milliardsⁱⁱ de dollars annuellement au Royaume-Uni, incluant un coût d'environ 36 milliards de dollars pour les entreprises³⁹. Le modèle australien s'est démontré particulièrement efficace pour faciliter la collaboration entre les différents professionnels de la santé⁴⁰.

Les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurance maladie, aux hôpitaux, aux programmes de prestations d'invalidité, ou aux régimes provinciaux d'assurance médicaments doivent assumer ces coûts elles-mêmes.

ii Aux fins du présent document, nous avons converti les livres sterling en dollars canadiens.

Les améliorations en matière d'investissement et de changement au sein du système de services en santé mentale du Canada – de la promotion jusqu'au traitement – ne se réaliseront pas au cours d'un seul mandat gouvernemental, elles nécessiteront plutôt un engagement soutenu et à long terme de la part de nos gouvernements.

Certains gouvernements provinciaux du Canada commencent à investir davantage dans les services psychologiques, ce qui est encourageant. L'année dernière, la province de l'Ontario a annoncé qu'elle investirait 7,2 millions de dollars sur trois ans pour soutenir des programmes de psychothérapie qui seront offerts à 100 000 Ontariens souffrant de troubles dépressifs et anxieux légers à modérés⁴¹. Au cours de la même année, la province du Québec a également annoncé qu'elle investirait 35 millions de dollars par année pour offrir un accès gratuit à la psychothérapie à 260 000 personnes⁴². Nous saluons ces initiatives, mais nous sommes conscients qu'un accès universel pour les Canadiens nécessitera des engagements de la part de toutes les provinces et de tous les territoires afin de financer et d'améliorer les services ainsi que pour établir une norme nationale. Des estimations récentes relatives aux coûts d'implantation de programmes tels que l'IAPT au Canada indiquent que nous aurions besoin d'un investissement annuel de 950 millions de dollars – ce qui est nettement

supérieur au ratio de 7,2 % du financement actuel en santé attribué à la prestation de services en santé mentale⁴³. L'argument en faveur de cet investissement est simple : les services de psychothérapie comme la TCC sont efficaces et génèrent des économies substantielles.

L'intégration d'approches culturelles au sein des programmes de thérapie est essentielle pour les communautés autochtones du Canada, dans une perspective de soutien du bien-être et du rétablissement. Cependant, l'absence d'engagement envers le financement public de services cliniques en santé mentale constitue une réalité pour ces communautés⁴⁴. Certaines communautés des Premières Nations ont accès aux services de consultation de psychologues et d'intervenants en relation d'aide grâce au financement qu'elles reçoivent à travers des programmes tels que le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ). Toutefois, le soutien financier manque pour les intervenants culturels, les enseignants et les aînés qui pratiquent des interventions basées sur la culture et qui offrent de la supervision clinique⁴⁵. Des services accessibles et appropriés sur le plan culturel pour les populations autochtones peuvent inclure des programmes de guérison axés sur la terre, des tentes à sudation et des remèdes traditionnels. La collaboration intergouvernementale est nécessaire pour appuyer la nomination de porte-paroles des Premières Nations qui peuvent agir pour faciliter la navigation dans le système de santé et servir comme interprètes culturels au sein du système institutionnel de services en santé mentale et en dépendances, comme le recommande l'Assemblée des Premières Nations⁴⁶.

Pour de nombreuses personnes qui ont accès à la psychothérapie, les médicaments peuvent également faire partie du plan de traitement. Néanmoins, les médicaments psychotropes peuvent constituer une charge financière importante⁴⁷. Étant donné que les coûts liés à ces derniers ne sont généralement couverts que

dans les hôpitaux, grâce aux programmes de prestations d'invalidité, et dans certains régimes provinciaux d'assurance médicaments, les personnes qui n'ont pas accès à ces programmes ou à un régime privé d'assurance maladie doivent assurer ces coûts elles-mêmes. Cette situation est problématique, considérant que des taux élevés de pauvreté et de chômage sont associés à la population des Canadiens souffrant de troubles mentaux sévères⁴⁸. Près de 5,5 % des Canadiens déclarent qu'ils laissent parfois passer des journées, allongent la période de leur prise de médicaments ou mettent un terme à celle-ci, car ils n'en ont pas les moyens, et ils sont aussi plus susceptibles de renoncer aux médicaments psychotropes plutôt qu'aux autres médicaments d'ordonnance⁴⁹. De plus, les Canadiens qui dépendent des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments risquent de ne pas avoir accès aux nouveaux médicaments pour le traitement de leurs troubles mentaux, puisque les listes provinciales et territoriales de médicaments sont restreintes⁵⁰. Nous accueillons favorablement le développement d'un régime national d'assurance médicaments (*Pharmacare 2020*), un qui puisse garantir aux Canadiennes et Canadiens l'accès à une vaste gamme de médicaments psychotropes novateurs.

Les dépenses consacrées aux programmes et aux services en santé mentale devraient correspondre aux besoins locaux et à l'importance de la responsabilité collective liée aux troubles mentaux au Canada. Par ailleurs, en considérant que nos dépenses en santé mentale devraient également inclure la promotion de la santé, et non seulement la prévention et le traitement des troubles, nous estimons que le ratio actuel de 7,2 % devrait être beaucoup plus élevé. Alors qu'au Canada, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux, cinq personnes sur cinq devraient se préoccuper et prendre soin de leur santé mentale, la promotion de la santé constituant une composante essentielle au maintien du bien-être. Les améliorations en matière d'investissement et de changement au sein du système de services en santé mentale du Canada – de la promotion jusqu'au traitement – ne se réaliseront pas au cours d'un seul mandat

gouvernemental, elles nécessiteront plutôt un engagement soutenu et à long terme de la part de nos gouvernements. Une *loi sur la parité en santé mentale* garantira l'engagement à long terme de nos gouvernements envers l'amélioration des services en santé mentale.

2 AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES À TRAVERS UN CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS

Les coûts et les longs temps d'attente ne sont pas les seuls facteurs qui expliquent pourquoi les services en santé mentale demeurent inaccessibles pour de nombreux Canadiens. La coordination intersectorielle des services est également déficiente, ce qui signifie que les personnes qui éprouvent des besoins en matière de santé mentale doivent naviguer dans un système complexe et cloisonné, souvent pour des résultats médiocres ou sous-optimaux. Les jeunes représentent un groupe important en ce qui concerne l'accès aux services, étant donné que 70 % des problèmes de santé mentale surviennent pendant l'enfance ou l'adolescence⁵¹. Une étude réalisée en Ontario a révélé que les parents qui cherchaient à obtenir des services pour traiter le trouble mental de leur enfant ont déclaré avoir contacté en moyenne cinq organismes différents et avoir reçu deux types de traitement différents, ce qui laisse penser qu'ils aient dû naviguer à travers un « système complexe de services⁵² ». Le manque de collaboration marque aussi les secteurs qui offrent des services aux jeunes souffrant de troubles mentaux, notamment les écoles, la protection de l'enfance, la justice pénale et les services de santé, ce qui explique en partie l'augmentation du nombre d'incarcérations de ces jeunes⁵³. Pour atteindre la parité, la coordination entre les services doit être améliorée et elle doit permettre un accès à l'ensemble du continuum de services. Ces derniers, incluant les secteurs des dépendances, de la santé, des services sociaux, du logement, de l'éducation et du système judiciaire, devraient

être liés entre eux pour s'assurer que les jeunes qui naviguent à travers ces différents secteurs reçoivent le soutien dont ils ont besoin. De plus, les personnes ont besoin de services de suivi et de services « globaux », ce qui inclut aussi des services de soutien adaptés à la culture des communautés autochtones⁵⁴.

Les programmes de suivi intensif dans le milieu (SIM) démontrent bien comment les prestataires de services du secteur communautaire peuvent collaborer efficacement pour offrir du soutien en matière de traitement et de rétablissement. Fondés sur des données probantes, les services offerts dans le cadre des programmes SIM viennent en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Ils sont dispensés en contexte communautaire par une équipe disponible 24 h/24, 7 j/7, formée, entre autres, d'un(e) médecin de famille, d'un(e) psychiatre, d'un(e) infirmier(ère), d'un(e) travailleur(se) social(e), d'un(e) intervenant(e) spécialisé(e) en dépendances, d'un(e) conseiller(ère) en emploi et d'un(e) pair(e) aidant(e). Le plan de traitement est adapté aux besoins spécifiques liés à la santé mentale de la personne⁵⁵. Moins coûteux que les services hospitaliers, les services offerts par les équipes SIM représentent un coût à peu près équivalent à celui des autres formes de services communautaires. Par ailleurs, il a été démontré que ce type de services peut réduire la fréquence des hospitalisations et favoriser la stabilité résidentielle, et qu'il est considéré comme plus satisfaisant que les services traditionnels par les personnes et les familles⁵⁶.

Une autre approche qui permet de créer de meilleurs liens entre les prestataires de services de santé est le modèle en étoile. Bien qu'il n'y ait pas de consensus en ce qui concerne sa définition, ce modèle implique souvent la coordination entre les services en santé mentale et en dépendances offerts par différents prestataires au sein de groupes, de réseaux ou de points de services satellites. Dans certains de ces modèles, les services d'urgence constituent le pivot à partir duquel les autres services en santé mentale, les services médicaux, les services sociaux et les ressources de logement sont reliés, selon les

Pour atteindre la parité, la coordination entre les services doit être améliorée et elle doit permettre un accès à l'ensemble du continuum de services.

besoins. De cette façon, l'utilisateur a accès aux services d'urgence si une stabilisation de courte durée est nécessaire⁵⁷. D'autres modèles en étoile créent des liens entre les prestataires de soins de première ligne et des spécialistes qui offrent de la formation et de la supervision clinique⁵⁸. Un exemple représentatif du premier modèle est le Service régional d'intervention en dépendance aux opiacés du Royal, offert par l'Hôpital Royal Ottawa, qui dispense des services pour le traitement des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance aux opioïdes. Dans ce modèle, une équipe multidisciplinaire réunit des intervenants d'organismes communautaires et de programmes hospitaliers ainsi que des médecins de famille qui collaborent pour offrir un continuum complet de services, créant ainsi de nouveaux liens entre les prestataires de services en « rapprochant ces derniers près des milieux de vie des usagers, avec une attention particulière portée aux secteurs où de tels services étaient auparavant inexistantes⁵⁹ ».

Qu'est-ce que le SIM ?

Les programmes de suivi intensif dans le milieu (SIM) sont offerts en contexte communautaire par une équipe disponible 24 h/7 j, composée notamment de médecins de famille, psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux, intervenants spécialisés en dépendances, conseillers en emploi et pairs aidants. Le plan de traitement est adapté aux besoins spécifiques liés à la santé mentale de la personne.

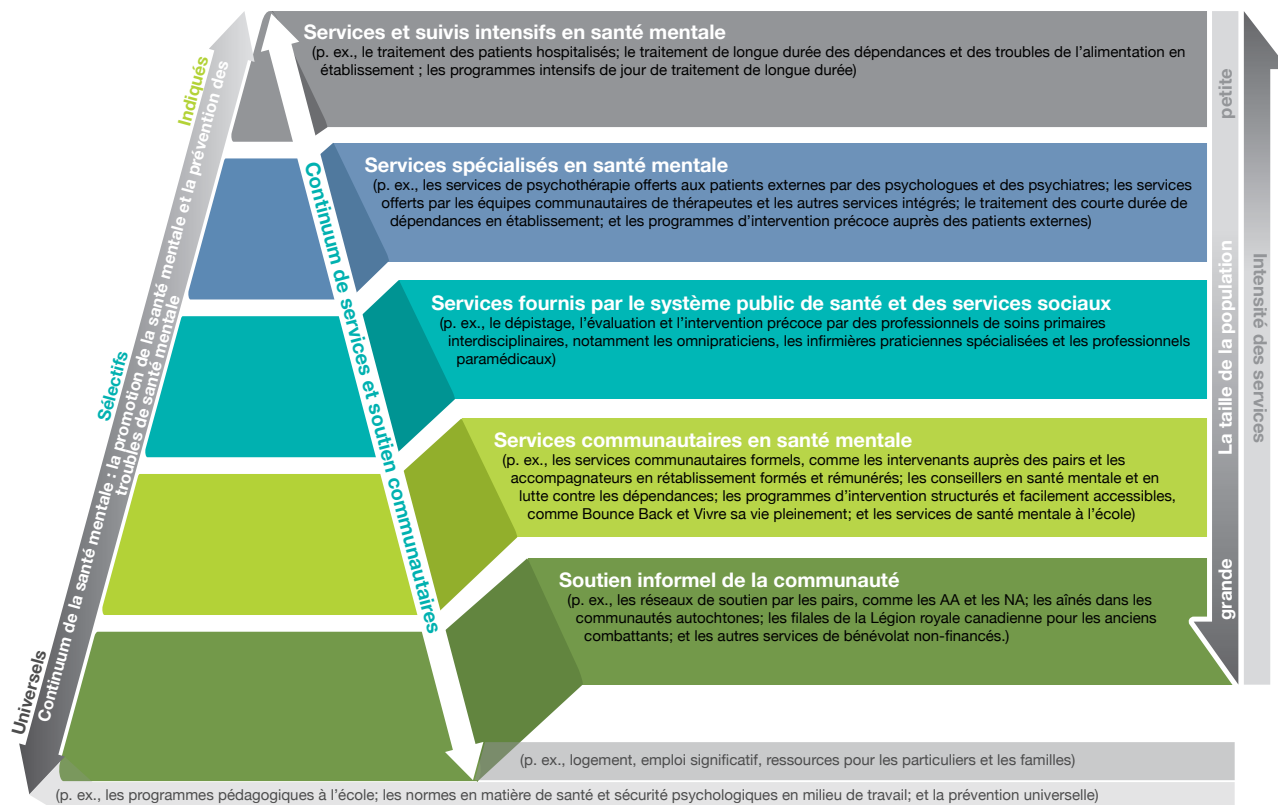


Figure 01 Modèle national de l'ACSM de soins par paliers

Afin que nous puissions profiter pleinement de notre système de santé, la prestation des services en santé mentale devrait être basée sur le modèle de soins par étapes. Le modèle de soins par étapes ou de jumelage appliqué à la prestation de services en santé mentale repose sur le principe de la « charge minimale », qui implique que les intervenants dirigent les usagers vers les services les moins intensifs et qui sont susceptibles de répondre adéquatement à leurs besoins. Les niveaux inférieurs, c'est-à-dire les niveaux I et II (Figure 01), impliquent du soutien offert en milieu communautaire, s'appuient davantage sur le soutien non spécialisé et par les pairs, et moins sur les ressources institutionnelles en santé. Ce type de soutien inclut les accompagnateurs vers le rétablissement, les intervenants en santé mentale et en dépendances, les services en santé mentale dans les milieux scolaires, le dépistage et l'intervention précoce, les praticiens en soins infirmiers et des programmes d'intervention structurés tels que le programme Retrouver son

Le modèle de soins par étapes ou de jumelage appliqué à la prestation de services en santé mentale repose sur le principe de la « charge minimale », qui implique que les intervenants dirigent les usagers vers les services les moins intensifs et qui sont susceptibles de répondre adéquatement à leurs besoins.

entraînent. Par contre, ces services sont actuellement sous-financés et sous-utilisés. L'investissement au sein de ces niveaux inférieurs pourrait améliorer l'efficacité de la promotion de la santé mentale et réduire la pression sur les services de soins de courte durée. Les troubles dépressifs et les troubles anxieux légers à modérés peuvent être traités en première ligne dans les niveaux inférieurs plutôt que dans les services intensifs tels que ceux prodigués par des psychiatres. 1,5 % des Canadiens souffrent d'une maladie mentale sévère et persistante, et ont besoin de services spécialisés et intensifs continus⁶⁰. Grâce à la promotion et à l'intégration d'une approche de soins par étapes au sein de la prestation de services en santé mentale, les Canadiens pourront avoir accès aux services appropriés, au moment approprié.

3 INVESTIR DANS LA PROMOTION, LA PRÉVENTION ET L'INTERVENTION PRÉCOCE

La promotion de la santé mentale vise l'amélioration du bien-être psychologique d'une population en agissant sur les déterminants de la santé mentale. Elle implique des interventions qui favorisent l'équilibre et la résilience de l'humeur, qui contribuent à créer des environnements favorables à la santé mentale et qui permettent aux personnes de développer leurs compétences personnelles – des interventions telles que des programmes d'aide pour les parents, des programmes de prévention de l'intimidation et des initiatives en santé mentale au travail. La prévention des troubles mentaux recouvre en partie la promotion de la santé mentale et axe son action en amont, avant l'apparition des problèmes de santé mentale, grâce à des interventions comme le dépistage de la dépression post-partum chez les femmes et le dépistage de la dépression chez les enfants⁶¹.

Promouvoir une bonne santé mentale et intervenir de manière précoce.

De la même façon que la promotion de la santé et la prévention des maladies visent à éviter l'apparition de problèmes de santé physique, à améliorer la qualité de vie et à réduire les coûts des services de santé, la promotion de la santé mentale peut réduire la pression exercée sur notre système de santé. Une étude récente qui portait sur le traitement de la dépression a estimé que pour chaque dollar dépensé dans les services de psychothérapie financés par l'État, une économie de deux dollars serait réalisée pour le système de santé⁶². Le rendement sur le capital investi est particulièrement prometteur en ce qui concerne la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux auprès des jeunes. Par exemple, une étude réalisée au Royaume-Uni a démontré que les programmes de prévention des troubles modérés de comportement chez les enfants peuvent engendrer un rendement sur capital investi d'environ 150 000 dollars par enfantⁱⁱⁱ en termes de coûts à vie des services⁶³. Des données probantes révèlent aussi la possibilité de réaliser des économies de coûts à long terme grâce à des investissements dans les programmes d'aide aux parents et les

Pour chaque
1 \$ dépensé
dans les services de psychothérapie
financés par l'État,
une économie de 2 \$
serait réalisée pour le système de santé

ⁱⁱⁱLivres sterling converties en dollars canadiens selon les taux de change de 2007.

programmes de prévention de l'intimidation et de lutte contre la stigmatisation, dans la prévention du suicide ainsi que le dépistage de la dépression et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives⁶⁴. Étant donné que la promotion de la santé mentale peut réduire le fardeau des troubles mentaux et améliorer la qualité de vie des jeunes et des adultes, nous suggérons fortement que nos gouvernements investissent dans des programmes de promotion de la santé mentale positive et des programmes d'intervention précoce qui impliquent d'intervenir à l'endroit et au moment où les problèmes de santé mentale apparaissent.

Sans le soutien nécessaire, les enfants sont plus à risque de développer des troubles de comportement et il est moins probable qu'ils réussissent bien à l'école, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur transition à l'âge adulte. Des programmes jeunesse tels que *Socially and Emotionally Aware Kids project* (SEAK) (traduction libre : Projet pour favoriser la conscience sociale et émotionnelle des enfants) de la Division de la Nouvelle-Écosse de l'ACSM favorisent l'apprentissage social et émotionnel (ASÉ) pour améliorer la santé mentale des enfants, créer des environnements d'apprentissage positifs et sécuritaires ainsi que développer la résilience. L'ASÉ améliore le bien-être des enfants en les aidant à mieux identifier les émotions, à développer des relations saines, à prendre de bonnes décisions, à se comporter de manière responsable et à atténuer leurs comportements agressifs⁶⁵. Cette approche a pour objectif d'intervenir de façon précoce dans la vie des jeunes pour renforcer les facteurs de protection individuels et promouvoir la santé de la population à long terme.

Pour que la promotion de la santé mentale soit efficace, incluant qu'elle implique la création de conditions nécessaires à l'inclusion sociale et la promotion du bien-être, il faut que nous nous attardions aux causes fondamentales de la pauvreté, des traumatismes et de la marginalité. Constituant l'un des plus importants déterminants de la santé, l'accès aux ressources

Nous exhortons nos gouvernements à augmenter le niveau de dépenses de programmes sociaux pour faire en sorte que nos citoyens les plus vulnérables aient accès aux types de soutien qui amélioreront leur bien-être, leur permettront de contribuer à leur communauté et qui, par conséquent, réduiront la charge des maladies à l'échelle nationale.

financières influence la réussite scolaire, l'accès aux services de santé, la nutrition, l'emploi et la stabilité résidentielle. La pauvreté affecte l'équilibre psychologique et peut mettre en péril la santé physique et mentale. À titre d'exemple, des études réalisées dans différentes régions du Canada auprès de communautés à faible revenu ont démontré une corrélation entre la pauvreté et les carences matérielles et sociales, le stress, la stigmatisation et l'automutilation⁶⁶.

En vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour tous les citoyens, les gouvernements doivent intervenir afin d'offrir des programmes adéquats de sécurité du revenu, de soutien au logement, de prestations d'invalidité, de services en santé mentale, de prestations d'assurance-emploi et d'aide aux familles, incluant les services à l'enfance⁶⁷. Cependant, le Canada se retrouve dans les rangs inférieurs par rapport aux autres pays industrialisés en ce qui a trait à l'investissement dans les services sociaux : il se classe au 28^e rang sur un total de 35 pays, ne consacrant que 17,2 % de son PIB

aux services sociaux⁶⁸. Nous faisons partie du groupe des nations qui dépensent le moins en termes de prestations d'invalidité et de sécurité du revenu⁶⁹. L'année dernière, le gouvernement fédéral a annoncé son plan pour créer une stratégie nationale sur le logement, qui prévoit un investissement de 41 milliards de dollars sur une période de 10 ans pour remédier à la pénurie chronique de logements sécuritaires et abordables, et réduire l'itinérance. Toutefois, bien que cette stratégie sur le logement soit une bonne nouvelle, elle demeure incomplète, car elle n'inclut pas de plan de prévention de l'itinérance⁷⁰. La Commission de la santé mentale du Canada évalue que près de 520 000 Canadiens souffrant de troubles mentaux habitent un logement inadéquat ou sont en situation d'itinérance⁷¹. Pourtant, la stratégie sur le logement ne financera que la création de 60 000 logements sociaux à travers le pays, ce qui est bien peu par rapport à l'augmentation du nombre de Canadiens en situation de faible revenu⁷².

Récemment, une étude canadienne a démontré qu'une augmentation de un cent (1¢) dans les dépenses en services sociaux pour chaque dollar dépensé en santé pourrait réduire les décès évitables de 3 % et accroître l'espérance de vie de 5 %⁷³. Considérant que les dépenses de programmes sociaux permettent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, nous exhortons nos gouvernements à augmenter le niveau de ces dépenses pour faire en sorte que nos citoyens les plus vulnérables aient accès aux types de soutien qui amélioreront leur bien-être, leur permettront de contribuer à leur communauté et qui, par conséquent, réduiront la charge des maladies à l'échelle nationale. Ainsi, une *loi sur la parité en santé mentale* au Canada devrait inclure un engagement envers la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux ainsi qu'une augmentation des dépenses de services sociaux de 2 % afin d'améliorer l'état de santé de la population.

4 LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION ET ASSURER UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES

Le sous-financement du système de services en santé mentale et en dépendances est lui-même lié à la stigmatisation des troubles mentaux et contribue à celle-ci. Comme le président de l'Association des psychiatres du Canada, Dr Nachiketa Sinha, le dit : « Comment pouvons-nous régler un problème de stigmatisation lié à des troubles que notre système définit comme moins importants à la fois par ses actions et par ses mesures⁷⁴ ? »

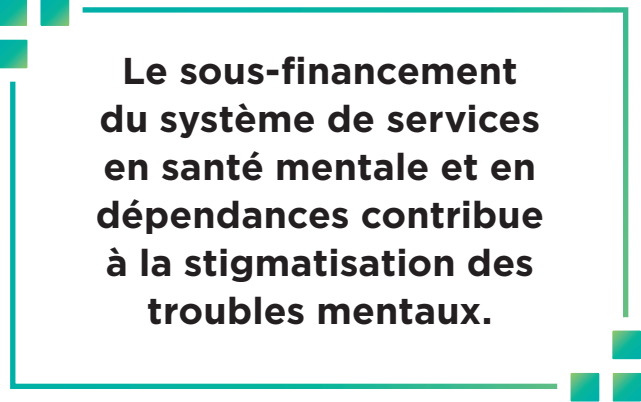
La stigmatisation des troubles mentaux est multidimensionnelle. Elle constitue « une problématique de comportements qui font en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux et leur famille sont traitées de façon injuste et inéquitable⁷⁵ ». Elle peut aussi créer des obstacles par rapport à l'accès aux services en santé mentale et à de meilleurs soins⁷⁶. L'autostigmatisation peut amener les personnes à faire le choix de ne pas obtenir les services dont elles ont réellement besoin et à ne pas adhérer pleinement à leur plan de traitement en raison d'une faible estime de soi ou de la crainte de recevoir l'étiquette « malade mental⁷⁷ ». Au sein de notre système de services en santé mentale, qui est grandement sous-financé et manquant de ressources, la stigmatisation peut aussi être présente et être exercée, souvent de façon involontaire, par des professionnels qui offrent des services de traitement et de soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux. Comme l'un des membres du Conseil national des personnes avec une expérience vécue de l'ACSM l'a remarqué, trop souvent, « les psychiatres du secteur privé peuvent être réticents ou refuser de traiter les personnes ayant des diagnostics plus complexes, sans parler de toutes les autres pratiques discriminatoires des professionnels de la santé, mais aussi de ceux qui ont affaire spécifiquement à des gens comme nous ».

Une étude réalisée auprès d'adultes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives ainsi qu'auprès de professionnels de la santé à Toronto a constaté que les médecins de famille hésitaient parfois à accepter des patients ayant des besoins plus complexes en matière de santé mentale⁷⁸. De surcroît, une enquête menée en 2018 par l'Association des psychiatres du Canada a révélé que 79 % ont déclaré avoir eu une histoire personnelle ou une expérience vécue de la discrimination à l'endroit d'un patient et que 53 % d'entre eux avaient été témoins de pratiques discriminatoires de la part d'autres professionnels de la santé envers des usagers des services en psychiatrie⁷⁹. Une partie importante de la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux consiste donc à s'attaquer à la discrimination exercée dans la prestation de services en santé mentale et à s'assurer que les personnes souffrant de troubles mentaux soient traitées avec soin et compassion.

En plus d'avoir à faire face à la stigmatisation des troubles mentaux, de nombreux Canadiens marginalisés subissent également une discrimination systémique qui entrave leur accès aux services ou qui a une incidence sur leur utilisation des services et sur leur état de santé. Par exemple, le manque d'attention aux besoins spécifiques en matière de santé mentale chez les populations ethnoculturelles peut engendrer un recours accru aux services d'urgence et de crise ainsi qu'une augmentation des démêlés avec la justice et des hospitalisations involontaires⁸⁰. Le racisme systémique peut également nuire à la disponibilité des services appropriés en santé mentale pour certaines populations, entraînant ainsi un accès déficient ou des temps d'attente plus longs⁸¹. Par exemple, en 2015, il a été rapporté que les temps d'attente médians éprouvés par les Canadiens d'origine caraïbéenne qui souffraient de psychose pour avoir accès aux services de santé à Hamilton et à Toronto étaient de 16 mois, comparativement à sept mois pour les Canadiens blancs.⁸² Les services afrocentriques en santé mentale sont aussi sous-financés de façon chronique et les jeunes noirs

qui ont des besoins en matière de santé mentale, particulièrement les jeunes hommes, signalent un plus grand nombre de cas de discrimination dans leurs rapports avec la police⁸³.

D'ici 2020, le Canada aura accueilli 450 000 réfugiés. Au cours des dix prochaines années, nous pouvons nous attendre à recevoir près de 3 000 000 d'immigrants et de réfugiés. Outre les obstacles économiques et sociaux auxquels ils font face à leur arrivée au Canada, les nouveaux arrivants peuvent aussi avoir de la difficulté à obtenir des services en santé mentale et en dépendances qui soient adaptés à leur culture, qui tiennent compte des traumatismes et qui soient offerts dans leur langue⁸⁴. L'accès aux services en santé mentale au Canada – de la promotion jusqu'au traitement – doit combler ces disparités pour faire en sorte que la prestation de services soit équitable et que le système, qui est conçu pour aider les Canadiennes et Canadiens, les populations autochtones et les nouveaux arrivants, ne contribue pas à leur marginalisation.



**Le sous-financement
du système de services
en santé mentale et en
dépendances contribue
à la stigmatisation des
troubles mentaux.**

5 RÉALISER DES RECHERCHES SUR LES TROUBLES MENTAUX ET ÉVALUER LES INDICATEURS DE SANTÉ

Au Canada, les recherches portant sur la santé mentale et sur les dépendances sont insuffisantes. L'organisme fédéral des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est financé par plus de 40 organismes qui soutiennent la recherche sur le cancer – pour environ 230 millions de dollars par année –, tandis que la recherche en santé mentale reçoit généralement des subventions moins importantes et de façon occasionnelle. On estime que l'organisme IRSC, qui représente le plus grand bailleur de fonds de la recherche en santé mentale au Canada, consacre environ 4,3 % de son budget annuel de recherche à la santé mentale, et ce, même si les troubles mentaux sont responsables de plus de décès prématurés que le cancer et les maladies cardiovasculaires⁸⁵. Ces chiffres ne suggèrent pas de réduire le financement de la recherche sur le cancer; ils permettent plutôt de plaider en faveur d'une augmentation du financement attribué à la recherche en santé mentale afin qu'il soit au même niveau que celui attribué à la recherche sur le cancer, de manière à ce qu'il soit aussi proportionnel à la charge que représentent les troubles mentaux.

Il y a des lacunes importantes au sein de la recherche en santé mentale, particulièrement en ce qui concerne le traitement de certains troubles mentaux. Malgré les progrès significatifs réalisés par la recherche en génétique médicale – qui ont permis d'améliorer l'état de santé des personnes souffrant de maladies physiques –, les personnes souffrant de troubles mentaux n'en ont pas bénéficié au même niveau, étant donné que les données issues de la recherche en génétique médicale portant sur les troubles mentaux sont plus difficiles à transférer vers la pratique⁸⁶. Par ailleurs, bien qu'il y ait de solides données probantes concernant l'efficacité de certains services psychologiques, tels que le SIM pour

les personnes souffrant de schizophrénie et la TCC pour les personnes souffrant de dépression légère à modérée, des normes relatives au traitement clinique ne sont pas établies pour tous les troubles mentaux, comme c'est le cas pour les troubles alimentaires⁸⁷. Ces lacunes mettent en lumière la nécessité de soutenir la recherche afin de poursuivre l'innovation vers un meilleur transfert des connaissances au sein de la pratique et de développer des psychothérapies appropriées, efficaces et qui favorisent l'adhésion au traitement chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Nous avons également besoin de recherches qui évaluent les disparités et les obstacles envers l'accès à des traitements psychologiques efficaces et qui proposent des pistes de solution, tout en évaluant la transférabilité et les coûts de différentes approches de traitement dans une visée durable⁸⁸.

La recherche visant à développer de nouveaux médicaments est également importante en matière d'innovation et d'évaluation de l'usage sécuritaire des médicaments. La recherche innovante est actuellement bien financée au sein de l'industrie pharmaceutique, mais il y a un manque d'études post-commercialisation qui portent sur les effets réels et à long terme des médicaments chez les personnes souffrant de troubles mentaux et de comorbidités plus complexes⁸⁹. De plus, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), un organisme qui régleme et surveille la tarification des médicaments brevetés au Canada, est en processus de révision. Alors que les changements proposés visent à réduire les prix des médicaments, ils pourraient entraîner des

4,3 %

est le pourcentage que les IRSC, le principal contributeur à la recherche en santé mentale au Canada, consacrent à son budget annuel de recherche sur la santé mentale.

effets non escomptés en termes de disponibilité des médicaments et de réduction de la recherche et de l'innovation au Canada. Les changements qui seront apportés au CEPMB ne devraient pas limiter l'accès à des médicaments sécuritaires et efficaces.

Les informations relatives à l'accès aux services santé en mentale qui sont financés par l'État sont aussi limitées en ce moment. Les rapports sur les temps d'attente et les autres indicateurs de performance, incluant les rapports sur la gamme et la quantité de services non couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie au Canada, ne sont pas toujours conséquents ou disponibles. De surcroît, peu de données sont disponibles en ce qui a trait à la satisfaction des Canadiens à l'égard des services en santé mentale ou en matière de plans de traitement optimaux pour le rétablissement⁹⁰. En raison de ces limites sur le plan des données, peu d'études comparatives sont réalisées sur la qualité et l'étendue des services en santé mentale au Canada par rapport à d'autres pays⁹¹. Considérant ces lacunes, les porte-paroles de la santé mentale réclament un système de collecte de données permettant d'évaluer avec précision l'état de nos services en santé mentale.

C'est avec satisfaction que l'ACSM a accueilli l'an dernier l'annonce du gouvernement du

Canada indiquant qu'une partie du financement de cinq milliards de dollars en santé mentale serait attribuée à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), afin qu'il collabore avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour élaborer des indicateurs pancanadiens permettant d'évaluer l'accès aux services en santé mentale et en dépendances⁹². Les indicateurs de l'ICIS portent sur les temps d'attente, l'intervention précoce auprès des jeunes, la connaissance des services disponibles, l'accès à des services communautaires efficaces, les dépendances et les comportements d'automutilation, incluant le suicide. Ils permettront de systématiser la collecte de données sur les services en santé mentale et en dépendances pour assurer une prestation de services plus efficace pour les Canadiens⁹³. Nous souhaitons que l'équité, la prévention et la promotion soient aussi intégrées dans chaque indicateur. Une autre initiative prometteuse coordonnée par l'organisme IRSC, ACCESS Esprits ouverts, a reçu 25 millions de dollars pour évaluer la qualité des services en santé mentale offerts aux jeunes, principalement en évaluant des indicateurs comme les taux de satisfaction concernant les services, la rentabilité et les taux de dépistage précoce⁹⁴. Ces initiatives sont essentielles pour atteindre la parité en santé mentale au Canada et elles méritent un financement continu⁹⁵.

Tous les Canadiens et Canadiennes ont droit à une bonne santé mentale

L'accès aux services en santé mentale n'est pas un privilège : c'est un droit. Adoptée en 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées met de l'avant une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme et qui établit « le droit de jouir du meilleur état de santé mentale et physique possible », ce qui inclut « le droit aux déterminants qui y sont liés et le droit de contrôler sa propre santé et son propre corps⁹⁶ ». Ces droits sont inscrits dans plusieurs traités internationaux relatifs aux droits de l'homme que le Canada a signés ou ratifiés, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes⁹⁷. Récemment, le gouvernement du Canada a déclaré que l'accès à un logement convenable et abordable constituait un droit de l'homme, ce qui démontre son engagement à respecter cette norme reconnue au niveau international. Ce type de déclaration – et l'engagement qui y est lié – est aussi possible en ce qui concerne la santé mentale.

Une *loi sur la parité en santé mentale* au Canada permettra d'améliorer la santé des Canadiennes

L'accès aux services en santé mentale n'est pas un privilège : c'est un droit.

et Canadiens. Cette loi devrait comporter un engagement envers les cinq stratégies élaborées dans ce document : financer publiquement des thérapies fondées sur des données probantes; améliorer la qualité des services à travers un continuum de services intégrés; investir dans la promotion, la prévention et l'intervention précoce; lutter contre la stigmatisation et la discrimination et assurer un accès équitable aux services et réaliser des recherches sur les troubles mentaux et évaluer les indicateurs de santé. L'établissement d'une *loi sur la parité en santé mentale* et en dépendances exigera un engagement et une volonté de collaboration. Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux devraient collaborer avec les communautés autochtones, les personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale, les acteurs du secteur de la santé mentale et la population à travers le processus d'élaboration d'un projet de *loi sur la parité en santé mentale*, pour s'assurer que la législation proposée réponde aux besoins locaux.

Bibliographie

- 1 Organisation mondiale de la Santé, « Constitution de l'OMS : ses principes, » 11 mai, 2018, <http://www.who.int/about/mission/fr/> ; Organisation mondiale de la Santé, « Information Sheet: Premature Death among People with Severe Mental Disorders, » 9 avril, 2018, http://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf.
- 2 Organisation mondiale de la Santé, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (Genève : WHO, 2004).
- 3 Royal College of Psychiatrists, *Whole-person Care: From Rhetoric to Reality, Achieving Parity between Mental and Physical Health* (Londres : Royal College of Psychiatrists, 2013), 1.
- 4 Commission de la santé mentale du Canada, *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada* Ottawa : MHCC, 2016), 7-9.
- 5 Adam Sunderland et Leanne C. Findlay, « Perceived Need for Mental Health Care in Canada: Results from the 2012 Canadian Community Health Survey – Mental Health », *Statistics Canada Health Reports*, no 2.9 (2013) : 5.
- 6 Children's Mental Health Ontario, « Moving on Mental Health – Sadly Missing the Mark for the Children and Youth of Ontario, » 8 mai, 2018, <https://www.cmho.org/blog/blog-news/6519798-moving-on-mental-health-sadly-missing-the-mark-for-the-children-and-youth-of-ontario>.
- 7 Gouvernement du Canada, « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada, » 19 juin, 2018, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-juin-2018.html>.
- 8 Association canadienne pour la santé mentale, *Cannabis Policy Plan* (À paraître, 2018).
- 9 Beau Kilmer, « Recreational Cannabis — Minimizing the Health Risks from Legalization », *The New England Journal of Medicine*, no 376 (2017) : 706.
- 10 Commission de la santé mentale du Canada, *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques* (Ottawa : MHCC, 2017), 20.
- 11 Association canadienne pour la santé mentale, *Canadian Minds Matter: Towards Comprehensive and Accessible Mental Health Services for Canadians* (Toronto : CMHA, 2016), 11.
- 12 Gouvernement du Canada. *L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé*. (Ottawa : Gouvernement du Canada, 2017). https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/principes-priorites-partagees-sante.pdf.
- 13 *Loi canadienne sur la santé*, RSC 1984, c. 6, s. 3.
- 14 Richard Moulding, Jean Grenier, Grant Blashki, Pierre Ritchie, Jane Pirkis et Marie-Hélène Chomienne, « Integrating Psychologists into the Canadian Health Care System: The Example of Australia », *Canadian Journal of Public Health*, no 100.2 (2009) : 146 ; Canadian Medical Association, *Joint Statement on Access to Mental Health Care from the Canadian Medical Association and Canadian Psychiatric Association* (Ottawa : CMA, 2016), 11.
- 15 Gregory P. Marchildon, « Canada: Health System Review », *Health Systems in Transition*, no 15.1 (2013) : 115 ; Lisa Clatney, Heather MacDonald et Syed M. Shah, « Mental Health Care in the Primary Care Setting: Family Physicians' Perspectives », *Canadian Family Physician*, no 54 (2008).
- 16 Statistique Canada, « Access to a Regular Medical Doctor, 2014, » 27 novembre, 2015, <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14177-eng.htm>.
- 17 Moulding et al., « Integrating Psychologists » ; David Peachey, Vern Hicks et Orvill Adams, *An Imperative for Change: Access to Psychological Services for Canada* (Toronto : Health Intelligence Inc., 2013), 9.

- 18 Caley Ramsay, « Manulife Increases Mental Health Coverage for Employees to \$10K per Year, » *Global News*, 11 janvier, 2017, <https://globalnews.ca/news/3175067/manulife-increases-mental-health-coverage-for-employees-to-10k-per-year/>.
- 19 Philip Jacobs, Carolyn Dewa, Alain Lesage, Helen-Maria Vasiliadis, Carissa Escobar, Gillian Mulvale et Rita Yim, *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A Report to the Mental Health Commission of Canada* (Edmonton : Institute of Health Economics, 2010), 41.
- 20 National Physician Survey, « 2010 Survey Results, » 11 mai, 2018, <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/05/NPS2010-National-Binder.pdf>.
- 21 Leah S. Steele, Richard H. Glazier et Elizabeth Lin, « Inequity in Mental Health Care Under Canadian Universal Health Coverage », *Psychiatric Services*, no 57 (2006) : 3.
- 22 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge ! Promouvoir la santé mentale des Canadiens : Le rôle fédéral* (Ottawa : CAMIMH, 2016), 10.
- 23 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge!*, 9-10.
- 24 *Ibid.*, 10-11.
- 25 Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils* (Ottawa : CCSA, 2014), 9.
- 26 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge!*, 10.
- 27 Janice Connell, John Brazier, Alicia O’Cathain, Myfanwy Lloyd-Jones et Suzy Paisley, « Quality of Life of People with Mental Health Problems: A Synthesis of Qualitative Research », *Health and Quality of Life Outcomes*, no 10 (2012) : 138.
- 28 Organisation mondiale de la Santé. *Investir en santé mentale* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2003), 12. http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHB8.pdf.
- 29 Organisation mondiale de la Santé, « Fiche d’informations », 2.
- 30 Commission de la santé mentale du Canada, *La nécessité d’investir*, 15.
- 31 K.L. Lim, P. Jacobs, Arto Ohinmaa, D. Schopflocher et C.S. Dewa, « A New Population-based Measure of the Economic Burden of Mental Illness in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, no 28 (2008) : 3.
- 32 Royal College of Psychiatrists, *Whole-person Care*, 3.
- 33 *Ibid.*, 3.
- 34 David Gratzter et David Goldbloom, « Making Evidence-based Psychotherapy More Accessible in Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*, no 61 (2016) : 618.
- 35 *Ibid.*, 618.
- 36 Muralikrishnan Radhakrishnan, Geoffrey Hammond, Peter B. Jones, Alison Watson, Fiona McMilland-Shields et Louise Lafortune, « Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Program: An Analysis of Cost of Session, Treatment and Recovery in Selected Primary Care Trusts in the East of England Region », *Behaviour Research and Therapy*, no 51 (2013) : 38 ; Gratzter et Goldbloom, « Making Evidence-based Psychotherapy », 619.
- 37 Peachey et al., *An Imperative for Change*, 86.
- 38 « 1.4 Million People Referred to NHS Mental Health Therapy in the Past Year, » *National Health Service England*, 2 décembre, 2017, <https://www.england.nhs.uk/2017/12/1-4-million-people-referred-to-nhs-mental-health-therapy-in-the-past-year/> ; Peter Fonagy et David M. Clark, « Update on the Improving Access to Psychological Therapies Programme in England: Commentary on Children and Young People’s Improving Access to Psychological Therapies », *BJPsych Bulletin*, no 39 (2015) : 248.
- 39 Christian van Stolk, Joanna Hofman, Marco Hafner et Barbara Janta, *Psychological Wellbeing and Work: Improving Service Provision and Outcomes* (Cambridge : RAND Europe, 2014) ; Centre for Mental Health, 2010 ; Mark Gabbay, Lorraine Taylor, Linda Sheppard, Jim Hillage, Clare Bamba, Fiona Ford, Richard Preece, Nichole Taske et Michael P. Kelly, « NICE Guidance on Long-term Sickness and Incapacity », *British Journal of General Practice* 61 (2001), 119.

- 40 Moulding et al., « Integrating Psychologists »; Peachey et al., *An Imperative for Change*, 5.
- 41 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « L'Ontario améliore les services de santé mentale pour la population de la province » *Ontario Newsroom*, 2 octobre, 2017, <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2017/10/ontario-improving-mental-health-services-for-people-across-the-province.html>.
- 42 Jacques Boissinot, « Quebec to Spend \$35-million a Year on Psychotherapy Program, » *The Globe and Mail*, 4 décembre, 2017, <https://www.theglobeandmail.com/news/national/quebec-to-invest-35-million-in-psychotherapy-program/article37192490/>.
- 43 Howard Chodos, *Options for Improving Access to Counselling, Psychotherapy and Psychological Services for Mental Health Problems and Illnesses* (Ottawa : MHCC, 2017), 15.
- 44 Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Ottawa : Health Canada, 2015), 27.
- 45 Assemblée des Premières Nations, *Plan de transformation de la santé des Premières Nations* (Ottawa : AFN, 2017), 46.
- 46 *Ibid.*, 47.
- 47 Association médicale canadienne et Association des psychiatres du Canada, *Joint Statement*, 12.
- 48 L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge !*, 10.
- 49 Fiona Clement et Katherine A. Memedovich, « Drug Coverage in Canada: Gaps and Opportunities », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, no 43(2018) : 148.
- 50 « New Mental Health Coalition Seeks Equitable Access to Depression Medications, » *CISION*, 15 mai, 2018, <https://www.newswire.ca/news-releases/new-national-mental-health-coalition-seeks-equitable-access-to-depression-medications-621159123.html>.
- 51 Gouvernement du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* (Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2006), 6.
- 52 Dianne C. Shanley, Graham J. Reid et Barrie Evans, « How Parents Seek Help for Children with Mental Health Problems », *Administration and Policy in Mental Health*, no 35 (2007) : 135.
- 53 Stanley Kutcher et Ainslie McDougall, « Problems with Access to Adolescent Mental Health Care Can Lead to Dealings with the Criminal Justice System », *Pediatrics & Child Health*, 14 (2009) : 15.
- 54 Assemblée des Premières Nations, *Les Premières Nations*, 46.
- 55 Susan D. Phillips, Barbara J. Burns, Elizabeth R. Edgar, Kim T. Mueser, Karen W. Linkins, Robert A. Rosenheck, Robert E. Drake et Elizabeth C. McDonel Herr, « Moving Assertive Community Treatment into Standard Practice », *Psychiatric Services* no 52 (2001) : 772.
- 56 Susan D. Phillips et al., « Moving Assertive Community Treatment », 771.
- 57 Lisa Bostock et Rachel Britt, *Effective Approaches to Hub and Spoke Provision: A Rapid Review of the Literature* (Royaume-Uni : Social Care Research Associates, 2014), 10.
- 58 Leslie Carlin, Jane Zhao, Ruth Dubin, Paul Taenzer, Hannah Sidrak et Andrea Furlan, « Project ECHO Telementoring Intervention for Managing Chronic Pain in Primary Care: Insights from a Qualitative Study », *Pain Medicine*, no 19 (2018) : 6.
- 59 HealthCareCAN, *Responding to the Opioid Crisis: Leading Practices, Challenges, and Opportunities* (Ottawa : HealthCareCAN, 2017), 40.
- 60 Commission de la santé mentale du Canada, *Faire valoir*, 7.
- 61 Institut canadien d'information sur la santé, *Rendement du capital investi : promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale* (Ottawa : CIHI, 2011), 2.
- 62 Helen-Maria Vasiliadis, Anne Dezetter, Eric Latimer, Martin Drapeau et Alain Lesage, « Assessing the Costs and Benefits of Insuring Psychological Services as Part of Medicare for Depression in Canada », *Psychiatric Services*, no 68 (2017) : 902.

- 63 Lynne Friedly et Michael Parsonage, « Building an Economic Case for Mental Health Promotion: Part 1 », *Journal of Public Mental Health*, no 6 (2007) : 14 ; Lynn A. Karoly, *Working Paper: Toward Standardization of Benefit-Cost Analyses of Early Childhood Interventions* (Arlington : RAND, 2010).
- 64 Institut canadien d'information sur la santé, *Rendement du capital investi*, 24.
- 65 « Social and Emotional Learning », *CMHA Nova Scotia*, 4 mai, 2018, <http://seakproject.com/what-is-social-and-emotional-learning/>.
- 66 Dennis Raphael, « Restructuring Society in the Service of Mental Health Promotion: Are We Willing to Address the Social Determinants of Health? », *International Journal of Mental Health Promotion*, no 11 (2009) : 23. ; Mental Health and Addictions Scorecard and Evaluation Framework Research Team, *Mental Health and Addictions System Performance in Ontario: A Baseline Scorecard* (Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2018), 19.
- 67 Dennis Raphael, « Restructuring Society », 5.
- 68 « Social Spending (indicator) », *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 6 mai, 2018, <https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm>.
- 69 Dennis Raphael, « Restructuring Society », 25.
- 70 « New National Housing Strategy Draws Mixed Reaction from Toronto Social Housing Activists », *CBC News*, 27 novembre, 2017, <http://www.cbc.ca/news/canada/toronto/housing-strategy-reaction-activists-1.4420002>.
- 71 Commission de la santé mentale du Canada, *Le logement : la clé du rétablissement - Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale* (Ottawa : MHCC, 2016), 10.
- 72 « Canada's National Housing Strategy – The Strong, the Soft, and the Splashy », *Wellesley Institute*, 28 novembre, 2017, <http://www.wellesleyinstitute.com/housing/canadas-national-housing-strategy-the-strong-the-soft-and-the-splashy/>.
- 73 Daniel J. Dutton, Pierre-Gerlier Forest, Ronald D. Kneebone et Jennifer D. Zwicker, « Effect of Provincial Spending on Social Services and Health Care on Health Outcomes in Canada: An Observational Longitudinal Study », *Canadian Medical Association Journal*, no 190 (2018) : E68.
- 74 Nichiketa Sinha, « Is There Equity in Canadian Mental Healthcare? », *I am Me! Not My Illness!*, https://iammenotmyillness.com/blog/2018/4/27/is-there-equity-in-canadian-mental-healthcare?format=amp&__twitter_impression=true.
- 75 Commission de la santé mentale du Canada, *Changer les mentalités, rapport provisoire* (Ottawa : MHCC, 2013), 2.
- 76 *Ibid.*, 1.
- 77 Patrick Corrigan, « How Stigma Interferes with Mental Health Care », *American Psychologist*, no 59 (2004) : 614.
- 78 Lori E. Ross, Simone Vigod, Jessica Wishart, Myera Waese, Jason Dean Spence, Jason Oliver, Jennifer Chambers, Scott Anderson et Rosalyn Shields, « Barriers and Facilitators to Primary Care for People with Mental Health and/or Substance Use Issues: A Qualitative Study », *BCM Family Practice*, (2015) : 8.
- 79 Susan Abbey, Manon Charbonneau, Constantin Tranulis, Pippa Moss, Wayne Baici, Layla Dabby, Mamta Gautam et Michel Paré, « Stigma and Discrimination », *The Canadian Journal of Psychiatry*, no 56 (2011), 2.
- 80 Kwame McKenzie, (présentation Power Point), https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Diversity_Issues_Options_McKenzie_ENG_0_1.pdf.
- 81 Kwasi Kafele, « Racial Discrimination and Mental Health in Racialized and Aboriginal Communities », *Ontario Human Rights Commission*, décembre, 2004, <http://www.ohrc.on.ca/en/race-policy-dialogue-papers/racial-discrimination-and-mental-health-racialized-and-aboriginal-communities>.
- 82 Jennifer Yang, « Program for black youth in crisis at heart of bitter dispute », 4 mai, 2017, <https://www.thestar.com/news/gta/2017/05/04/program-for-black-youth-in-crisis-at-heart-of-bitter-dispute.html>.

- 83 Michelle Da Silva, « Despite Funding Boost, Advocates Say Canada has a Mental Health Crisis, » *NOW*, 5 mai, 2017, <https://nowtoronto.com/news/despite-funding-boost-advocates-say-canada-has-mental-health-crisis/>.
- 84 Emily Hansson, Andrew Tuck, Steve Lurie et Kwame McKenzie, pour le Task Group of the Services Systems Advisory Committee and Mental Health Commission of Canada, *Improving Mental Health Services for Immigrant, Refugee, Ethno-cultural and Racialized Groups: Issues and Options for Service Improvement* (Ottawa : MHCC, 2010), 23-24.
- 85 Zul Merali, Keith Gibbs et Keith Busby, « Mental-health Research Needs More than Private Donations, » *The Globe and Mail*, 29 janvier, 2018, <https://www.theglobeandmail.com/opinion/mental-health-research-needs-more-than-private-donations/article37762063/> ; Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health, *Mental Health Now!*, 7.
- 86 Thomas R. Insel, « Translating Scientific Opportunity into Public Health Impact: A Strategic Plan for Research on Mental Illness », *Archives of General Psychiatry*, no 66 (2009) : 129.
- 87 *Ibid.*, 129 ; Stuart B. Murray, Eva Pila, Scott Griffiths et Daniel Le Grange, « When Illness Severity and Research Dollars do not Align: Are We Overlooking Eating Disorders? », *World Psychiatry*, no 16 (2017) : 321 ; Ministry of Health Service and Providence Health Care, *Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of Services* (Vancouver : Providence Health Care, 2012), 10.
- 88 Roberto Lewis-Fernandez, Mary Jane Rotheram-Borus, Virginia Trotter Betts, Lisa Greenman, Susan M. Essock, Javier I. Escobar, Deanna Barch, Michael F. Hogan, Patricia A. Arean, Benjamin G. Druss, Ralph J. DiClemente, Thomas H. McGlashan, Dilip V. Jeste, Enola K. Proctor, Pedro Ruiz, John A. Rush, Glorisa J. Canino, Carl C. Bell, Renata Henry et Portia Iversen, « Rethinking Funding Priorities in Mental Health Research », *The British Journal of Psychiatry*, no 208 (2016) : 508.
- 89 Mood Disorders Society of Canada, *Improving Access to Medications in Canada and Strengthening the Patient Voice in CADTH: Brief* (Toronto : MDSC, 2017), 15.
- 90 Commission de la santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies*, 114.
- 91 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge !*, 9; Gregory P. Marchildon, *Canada: Health System Review*, 115.
- 92 « Priorités partagées en santé, » Institut canadien d'information sur la santé, 11 mai, 2018, <https://www.cihi.ca/fr/priorites-partagees-en-sante>.
- 93 « A Canadian First: CIHI to Measure Access to Mental Health and Addictions Services and to Home and Community Care, » *CISION*, 3 juin, 2018, <https://www.newswire.ca/news-releases/a-canadian-first-cihi-to-measure-access-to-mental-health-and-addictions-services-and-to-home-and-community-care-687245651.html>.
- 94 Samuel Weiss, « Update on Mental Health Initiatives, » Institut canadien d'information sur la santé, 6 mars, 2018, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/50861.html> ; ACCESS Open Minds, *ACCESS Open Minds: Project Overview* (Montréal : 2017), 6.
- 95 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge!*, 3.
- 96 Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health* (Genève : Conseil des droits de l'Homme, 2017), 3.
- 97 United Nations High Commissioner for Human Rights and Office of the High Commissioner and the Secretary-General, *Mental Health and Human Rights: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights* (Genève : Assemblée générale des Nations Unies, 2017), 4.