

## RAPPORT FINAL

### Forum de la Table de la santé mentale

*Quelles portes mènent où?*

*Comment améliorer l'accès au service de santé mentale :  
obstacles, facilitateurs et occasions pour la santé mentale des Canadiens*



Hôtel Delta Ottawa (*salle Algonquin*)  
361, rue Queen  
Ottawa, ON K1R 7S9  
5-6 octobre 2010

### Représentants de la Table de la santé mentale (TSM) :

Association canadienne des ergothérapeutes  
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux  
Association des pharmaciens du Canada  
Association canadienne des orthophonistes et audiologistes  
Association médicale canadienne  
Association des infirmières et infirmiers du Canada  
Association canadienne de physiothérapie  
Association des psychiatres du Canada  
Société canadienne de psychologie (*coprésidente*)  
Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale  
Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada  
Le Collège des médecins de famille du Canada (*coprésident*)

### Agent autorisé :

Karen Cohen, Ph.D., C.Psych.  
Directrice générale, Société canadienne de psychologie  
Coprésidente, Table de la santé mentale

La production du forum a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada\* et le soutien en nature des associations membres de la TSM.

---

\* Les opinions exprimées au cours du forum ou dans sa documentation ne représentent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

## Table des matières

	<b>Page</b>
<b>Résumé</b>	3
<b>Introduction</b>	6
<b>Ce que les délégués avaient à dire : synthèse des discussions en groupe de travail</b>	8
<b>Recommandations des délégués</b>	18
<b>Évaluation du forum</b>	21
<b>Sondage après le forum</b>	25
<b>ANNEXE A</b> Ordre du jour du forum	36
<b>ANNEXE B</b> Liste des conférenciers	39
<b>ANNEXE C</b> Biographies des conférenciers	40
<b>ANNEXE D</b> Résumé des présentations en séances plénières	47
<b>ANNEXE E</b> Liste des délégués	65
<b>ANNEXE F</b> Description des 12 membres d'association de la Table de la santé mentale	70
<b>ANNEXE G</b> Discussions en groupe de travail	76

## RÉSUMÉ

Le présent rapport documente le compte rendu d'un forum sur l'accès aux services et au soutien en santé mentale au Canada convoqué par la Table de la santé mentale et financé par Santé Canada en octobre 2010.

**Qui est la Table de la santé mentale?** La Table de la santé mentale (TSM) a été constituée en 2009 par les prestataires de soins de santé réglementés qui reconnaissaient qu'il y avait un besoin continu pour un lieu qui leur permettrait de partager, de réseauter et d'explorer les problèmes et les perspectives en ce qui touche la progression de la promotion de la santé mentale et la prestation de soins de santé mentale de première ligne<sup>†</sup> au Canada. Les professionnels de soins de santé réglementés ne représentent qu'un ensemble d'intervenants en santé mentale au Canada et nous demeurons engagés à créer des partenariats avec les consommateurs, les familles, les collectivités, les institutions et le gouvernement pour faire progresser la santé mentale et les soins en santé mentale. Une description des associations membres de la TSM se trouve à l'annexe F.

**Pourquoi un forum sur l'accès aux services et au soutien en santé mentale?** L'accès aux services de santé est un problème de santé clé chez les Canadiens et pour le gouvernement. Une grande part de ce point de mire s'est fait sur l'accès aux services de soins de santé pour des problèmes physiques. L'accès opportun à des soins de santé de haute qualité en réduisant les temps d'attente pour l'évaluation et le traitement est l'une des grandes priorités des décideurs en soins de santé au pays. Parmi ces priorités il manque un point de mire sur les services de santé mentale, particulièrement l'accès à une gamme d'évaluations et d'interventions biologiques, psychologiques et sociales et les professionnels de soins de santé qui les assurent. C'est pour cette raison que la TSM a été créée et a cherché à obtenir du financement pour un forum expressément pour se pencher sur les obstacles, les facilitateurs et les occasions de prestation de soins de santé mentale efficaces au Canada.

**Aperçu des activités du forum.** Le forum a accueilli 80 délégués dont des prestataires de soins de santé, des représentants du gouvernement, des consommateurs de soins de santé mentale, ainsi que des organisations représentant des consommateurs et des prestataires de soins et d'autres ONG (p. ex. la Commission de la santé mentale du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé).

Le forum a donné lieu à de nombreuses séances plénières qui portaient sur le soin dans des perspectives de client, des rapports de problèmes et d'initiatives dans d'autres pays dans la prestation de soins et les problèmes et le statut des soins fondés sur des données probantes. Après chaque séance plénière, les délégués se rassemblaient en groupes de travail au cours de

---

<sup>†</sup> Première ligne signifie les soins de santé mentale fournis directement à un patient, mais qui n'est pas nécessairement de premier soin ou n'y est pas limitée.

trois séances en atelier afin de répondre à une série de questions gravitant autour du thème de la plénière. Il y avait des rapporteurs étudiants à chaque table de groupe de travail. La transcription des principaux points des discussions en groupe de travail se trouve à l'annexe G du rapport en entier.

Une description qui résume les discussions du groupe de travail dans chacune des trois séances en atelier se trouve à la page 8 du rapport. C'est cette description, intitulée : ***Ce que les délégués avaient à dire : synthèse des discussions du groupe de travail***, ainsi que les ***recommandations des délégués*** à la page 18, qui constituent les messages essentiels du présent rapport.

**Travail en atelier.** La séance en atelier 1 a suivi la première séance plénière sur les soins axés sur le client. On demandait aux délégués de se pencher sur les questions suivantes.

1. Dans quelle mesure les prestataires (I think of this as providers of supplies, not as health care providers who are involved in a privileged, confidential relationship with clients about some of the most pressing problems in their lives...do we not have a french term to capture this?) combent les besoins des consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
2. Dans quelle mesure les systèmes appuient bien les prestataires et les consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
3. Quelles sont les lacunes et les occasions pour mieux appairer la demande à l'offre de services et de soutien en santé mentale?
4. Quelles pourraient être certaines des modifications à court et à plus ou moins long terme qui pourraient être apportées de manière à ce que les services et le soutien soient davantage axés sur le client et plus accessibles?

La séance en atelier 2 a suivi la deuxième séance plénière qui dans des perspectives internationales examinait la façon dont les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien. On demandait aux délégués de se pencher sur les questions suivantes.

1. Dans quelle mesure y a-t-il appariement entre ce que les preuves (consider : données probantes) démontrent comme pratique exemplaire et ce qui est accessible? Où sont les lacunes?
2. Quels sont les obstacles et les occasions pour constituer une équipe qui fonctionne?
3. Quel changement faut-il apporter au système pour appuyer la création et le fonctionnement d'équipes et de services qui assurent la prestation de soins fondés sur des données probantes?
4. Quels autres genres de modifications sont nécessaires afin d'assurer le bon service, du bon fournisseur, à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit? (p. ex. des changements à la culture et au contexte du milieu de travail, des changements dans l'attitude des prestataires, des changements par rapport aux attentes du client)

La séance en atelier 3 amenait les délégués à se pencher sur les étapes suivantes pour corriger les lacunes et surmonter les obstacles et favoriser les occasions d'améliorer l'accès aux services et au soutien en santé mentale.

**Principaux thèmes des recommandations formulées par les délégués.** Notez que les recommandations résumées ci-dessous et décrites dans le rapport ne sont pas nécessairement les recommandations de la Table de la santé mentale (TSM) non plus que les recommandations des associations que représentent les membres de la TSM. Il s'agit de recommandations faites collectivement par les délégués au forum dont fait état le présent document.

Les recommandations des délégués portaient sur environ **huit principaux thèmes** :

1. **financement** (examiner les modèles de financement afin d'assurer l'accès au service et au soutien nécessaires)
2. **structure du système** (créer et maintenir des systèmes qui répondent au besoin du consommateur et encouragent l'efficacité et l'efficience)
3. **organisation, intégration et collaboration** (soutenir les partenariats entre les intervenants et les secteurs)
4. **faire entendre la voix du consommateur** à chaque table de prise de décisions
5. **éducation et communication** (prévention, promotion, amélioration de la compréhension, réduction de la stigmatisation)
6. **formation et pratique des prestataires de soins de santé** (travailler en collaboration, répondre aux besoins des populations)
7. **normes et points de référence** (établir des pratiques exemplaires et évaluer les résultats)
8. **représentation** pour un changement législatif afin d'améliorer l'accès et réaliser la parité pour les traitements de santé mentale

## INTRODUCTION

Le présent rapport se veut le compte rendu d'un forum sur l'accès aux services et au soutien en santé mentale au Canada convoqué par la Table de la santé mentale et financé par Santé Canada en octobre 2010.

**Qui est la Table de la santé mentale?** La Table de la santé mentale (TSM) a été constituée en 2009 par les prestataires de soins de santé réglementés qui reconnaissaient qu'il y avait un besoin continu pour un lieu qui leur permettrait de partager, de réseauter et d'explorer les problèmes et les perspectives en ce qui touche la progression de la promotion de la santé mentale et la prestation de soins de santé mentale de première ligne<sup>‡</sup> au Canada. Les professionnels de soins de santé réglementés ne représentent qu'un ensemble d'intervenants en santé mentale au Canada et nous demeurons engagés à créer des partenariats avec les consommateurs, les familles, les collectivités, les institutions et le gouvernement pour faire progresser la santé mentale et les soins en santé mentale. Une liste des organisations membres de la TSM se trouve à l'annexe A du présent rapport.

La TSM compte plusieurs buts connexes notamment les suivant :

- Participer à l'identification des problèmes communs aux communautés des professionnels de la santé dans la mesure où ils touchent à la santé mentale de nos patients. Utiliser les connaissances existantes pour recommander des stratégies visant à corriger les problèmes communs.
- Par consensus, entreprendre une action concertée sur les stratégies clés visant à transformer la prestation de soins de santé mentale.
- Échanger et partager de l'information entre les associations participantes.
- Contribuer à la connaissance interprofessionnelle fondée sur la promotion de la santé mentale et la prestation de soins de santé mentale en collaboration.
- Communiquer les résultats et les produits de nos délibérations et activités aux membres et autres intervenants et partenaires (p. ex. consommateurs, familles, communautés, institutions et gouvernements).
- Assurer la liaison avec d'autres intervenants et partenaires en santé mentale (p. ex. consommateurs, familles, communautés, institutions, gouvernements).
- Répondre collectivement à la CSMC et travailler en collaboration avec elle.

---

<sup>‡</sup> Première ligne signifie les soins de santé mentale fournis directement à un patient, mais qui n'est pas nécessairement de premier soin ou n'y est pas limitée.

**Pourquoi un forum sur l'accès aux services et au soutien en santé mentale?** L'accès aux services de santé est un problème de santé clé pour les Canadiens et le gouvernement. Une grande part de ce point de mire s'est fait sur l'accès aux services de soins de santé pour des problèmes physiques. L'accès opportun à des soins de santé de haute qualité en réduisant les temps d'attente pour l'évaluation et le traitement est l'une des grandes priorités des décideurs en soins de santé au pays. Parmi ces priorités il manque un point de concentration sur les services de santé mentale, particulièrement l'accès à une gamme d'évaluations et d'interventions biologiques, psychologiques et sociales et les professionnels de soins de santé qui les assurent. C'est pour cette raison que la TSM a été créée et a cherché à obtenir du financement pour un forum expressément pour se pencher sur les obstacles, les facilitateurs et les occasions pour la prestation de services et le soutien en santé mentale efficaces au Canada.

**Pour plus d'information au sujet du présent rapport, la Table de la santé mentale, ou le forum, veuillez communiquer avec les coprésidents de la TSM :**

K.R. Cohen Ph.D., Psych. A.  
Directrice générale, Société canadienne de psychologie  
[kcohen@cpa.ca](mailto:kcohen@cpa.ca)

Francine Lemire, MD CCFP FCFP CAE  
Directrice générale associée aux Affaires professionnelles, Le Collège des médecins de famille  
du Canada  
[flemire@cfpc.ca](mailto:flemire@cfpc.ca)

## CE QUE LES DÉLÉGUÉS AVAIENT À DIRE : SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS EN GROUPE DE TRAVAIL

Après chaque séance plénière (voir l'ordre du jour du forum à l'annexe A), les délégués se rassemblaient en groupes de travail au cours de trois séances en atelier afin de répondre à une série de questions relatives au thème de la plénière. Il y avait des rapporteurs étudiants à chaque table de groupe de travail. La transcription des principaux points des discussions en groupe de travail se trouve à l'annexe G.

Même si la séance plénière et les questions qui lançaient les trois séances en atelier différaient considérablement l'une de l'autre, les notes des rapporteurs (voir les discussions en groupe de travail à l'annexe G) ont révélé que les mêmes thèmes revenaient dans les trois séances en atelier et les ensembles de questions de groupe de travail. Les délégués semblaient avoir des points conséquents et spécifiques à soulever lorsqu'il en venait à noter les obstacles, les facilitateurs et les occasions concernant les services en santé mentale et ce, peu importe la question qui était posée. La description qui suit résume les discussions du groupe de travail pour chacune des trois séances en atelier.

La **séance en atelier 1** a suivi la première séance plénière sur les soins axés sur le client. On demandait aux délégués de se pencher sur les questions suivantes.

1. Dans quelle mesure les prestataires comblent les besoins des consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
2. Dans quelle mesure les systèmes appuient bien les prestataires et les consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
3. Quelles sont les lacunes et les occasions pour mieux apparier la demande à l'offre de services et de soutiens en santé mentale?
4. Quelles pourraient être certaines des modifications à court et à plus ou moins long terme qui pourraient être apportées de manière à ce que les services et le soutien soient davantage axés sur le client et plus accessibles?

### **Qu'est-ce qui fonctionne bien et qui ne fonctionne pas aussi bien en ce qui concerne la satisfaction des besoins de santé mentale des consommateurs par les prestataires et les systèmes?**

**Qu'est-ce qui fonctionne bien?** Les délégués ont identifié uniformément ce qui ne fonctionnait pas bien plus souvent que ce qui fonctionnait bien. Les personnes qui comprennent comment les systèmes (c.-à-d. soins de santé, justice, éducation) fonctionnent ou qui obtiennent l'aide d'un navigateur dans le système ou d'un gestionnaire font mieux. Ils font aussi mieux lorsque les systèmes sont prestes et dynamiques face à la diversité des besoins des clients. Lorsqu'il y a une gamme de prestataires de soins de santé mentale les choses fonctionnent bien et les



clients vont mieux lorsque ces prestataires sont bien formés en ce qui concerne la santé mentale. Les systèmes qui sont organisés autour du triage qui fournit une bonne évaluation ainsi que de bons soins d'urgence et continus fonctionnent bien comme les services qui ont créé des protocoles. Les délégués ont noté que les personnes ayant des ressources (p. ex. qui ont de l'argent, ont un emploi, vivent dans un centre urbain) font mieux lorsqu'il s'agit de gérer un problème de santé mentale que ceux qui n'en ont pas. Les organisations de santé mentale communautaires font aussi du bon travail, particulièrement si on considère leurs ressources modestes.

**Qu'est-ce qui ne fonctionne pas aussi bien et quelles sont les lacunes et les occasions?** De nombreux secteurs ont été identifiés comme ne fonctionnant pas très bien que les délégués ont eu tendance à fusionner dans leurs discussions au sujet des lacunes et des occasions - ceux-ci sont résumés ci-dessous.

**Les consommateurs manquent de rétroaction et de participation** dans leurs soins et au sein des systèmes de soins. De façon répétée, les délégués ont mentionné le besoin pour les gestionnaires ou les navigateurs d'aider les clients à comprendre les services et les systèmes dont ils ont besoin et à y accéder. Ils ont souligné que le système n'écoute pas ou qu'il ne reconnaît pas la voix des personnes dans la prise de décisions. Il y a un manque de choix du client dans l'exercice des soins. Des points de vue ont été exprimés qui soulignent les complexités qui entrent en jeu en essayant de trouver l'équilibre entre la sécurité personnelle lorsqu'un trouble peut altérer le jugement, de déterminer si le jugement est altéré tout en respectant le rôle du client et le droit de prendre des décisions de traitement.

Un **manque de coordination et de collaboration avec les systèmes de service** a également été constamment mentionné. Certains délégués ont fait état de la lacune du système lorsqu'il s'agit de soins aigus ou chroniques de troubles mentaux. Contrairement à la maladie physique, il n'y a pas de voie au niveau du système qui conduit à un soin approprié. La fragmentation des services et des traitements gêne plutôt que facilite le rétablissement. On était d'avis que le système fait défaut pour le consommateur et le fournisseur de soins de santé mentale – les consommateurs sont limités dans les services auxquels ils peuvent avoir accès et les prestataires sont limités dans le temps et le type de service qu'ils peuvent assurer.

Certains délégués ont identifié le besoin pour un guichet unique par lequel un client pourrait accéder à tous les services et au soutien nécessaires alors que d'autres ont identifié le besoin de points d'accès multiples. On a également signalé qu'il arrive parfois que les portes qui sont le plus accessibles pourraient ne pas être les meilleures du point de vue du soin du client, de l'efficacité ou de l'efficience (p. ex. les services d'urgence). Les médecins de famille ont été identifiés comme le point d'accès le plus aisé au sein du système actuel.

Les délégués ont noté que lorsque vous traversez un guichet unique, il y a un manque de coordination entre les services et les traitements. Le système est axé sur l'aiguillage, il compte un trop grand nombre de prestataires de services qui travaillent en isolation et il est étiré au-delà de ses limites. Il y a un besoin évident d'améliorer le continuum de soins par la

communication et la coordination entre les services communautaires, les traitements, le soutien et les services de santé mentale dans les hôpitaux.

Les délégués ont noté que la communication et la coordination pourraient être améliorées avec l'utilisation de dossiers de santé électroniques. Les évaluations seraient plus fiables (parce qu'elles sont fondées sur de l'information commune) tout en améliorant l'expérience du consommateur qui n'aurait plus à répéter son information. Cependant, on se préoccupe de la nécessité d'assurer la sécurité des dossiers électroniques et de la confidentialité de l'information qu'ils contiennent.

La communication et la coordination intersectorielles doivent également être améliorées. Les personnes vivent et cherchent des services entre les secteurs – chaque système ayant ses propres formulaires, processus et chasses gardées qui doivent être rationalisés et coordonnés pour un soin plus efficient et efficace.

En dernier lieu, le manque de coordination et de collaboration se traduit par un manque d'intendance. Personne n'est responsable et les services, les systèmes et les prestataires ne sont pas suffisamment responsables.

**Un besoin pour les données a été identifié.** Nous devons savoir ce que les clients éprouvent, le service ou le soutien qu'ils recherchent, le genre de soins de santé que les prestataires assurent à quel bénéficiaire, ainsi que l'impact de la santé mentale sur la maladie physique et d'autres fonctions (p. ex. le travail, les études, la vie familiale). Les données sont essentielles pour créer les points de repère nécessaires des temps d'attente en santé mentale et connaître les genres de services à approvisionner, à quel endroit et pour qui.

**Un manque d'investissement, à la fois politique et économique, a été souligné** par les délégués. Le manque de leadership et d'incitatif a été perçu comme à l'origine du manque d'organisation du système. La décision à savoir la diversité et la quantité de prestataires de soins de santé est un défi et les professions de la santé se font souvent concurrence, plutôt que de collaborer entre elles. Les compressions dans un secteur sont faites aux dépens d'un autre, souvent en réaction à des événements fortuits.

Le **manque de ressources en ce qui concerne les services et les traitements aux personnes atteintes de troubles mentaux** est un autre thème qui a émergé. Le défaut de ressources humaines en santé financées par les deniers publics a constamment été noté par les délégués, mais certains délégués s'interrogeaient à savoir si un plus grand nombre de prestataires de soins de santé produiraient de meilleurs résultats pour les consommateurs de soins. Cependant, comme l'indiquait un délégué, on ne peut mesurer l'efficacité de quelque chose qui n'est pas là.

Le manque de suivi à la fin d'un soin ou d'un service, une disette de services de santé mentale pour les enfants, la nécessité d'un nombre plus grand de services d'approche pour engager les consommateurs dans leurs communautés et plus de ressources dans les régions rurales font

partie d'autres lacunes qui ont été soulignées. En ce qui concerne le manque de services pour les enfants, il est noté que des services de diagnostic devaient être améliorés afin de pouvoir offrir l'accès à des services appropriés et qu'il devait se faire une meilleure transition entre le soin à l'enfant (qui repose sur la famille) au soin adulte (qui repose sur l'individu).

Les délégués ont également noté que ce qui semblerait être de l'insouciance des prestataires de soins de santé individuels pourrait actuellement être davantage systémique et liée aux politiques ou procédures d'un service ou programme. En dernier lieu, les délégués ont noté qu'il fallait davantage de volonté politique pour financer davantage de ressources – qu'il s'agisse de services, de traitements ou de programmes – pour la santé mentale.

Les délégués ont noté qu'il y avait un certain nombre de traitements et de services efficaces en ce qui concerne la santé mentale et que ceux-ci ne sont pas limités à une pharmacothérapie. Toutefois, certains ont exprimé l'avis que les médicaments sont souvent offerts en premier alors que d'autres options pourraient être préférables, mais pas disponibles. Les clients veulent passer plus de temps avec leurs prestataires de soins afin de comprendre la complexité de leurs problèmes de santé mentale et des options qui s'offrent à eux.

Les délégués ont trouvé que les **prestataires de soins de santé ont besoin de formation et de soutien afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale des personnes qui cherchent à obtenir leurs soins** et que le système actuel n'est pas configuré pour assurer cette formation ou ce soutien. Les délégués ont noté que les prestataires de soins de santé doivent mieux respecter leurs clients et se respecter mutuellement. Certains clients délégués ont noté qu'ils se sentent stigmatisés et insuffisamment respectés par les prestataires de soins de santé. Alors que les prestataires de soins et de services de première ligne peuvent avoir des idées et un savoir-faire sur la façon d'organiser les soins et d'en assurer la prestation, ils ont rarement l'autorité de les mettre en œuvre. Nous devons assurer que les prestataires de soins de santé acquièrent le savoir-faire et les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins en soins de santé mentale dont nécessitent les consommateurs.

Tout comme les délégués ont noté la nécessité d'une meilleure formation des prestataires de soins de santé, ils ont aussi identifié un **besoin d'éducation du public en ce qui concerne la santé mentale**. La compréhension de la santé mentale dans la population doit être améliorée et il faut se concentrer et soutenir davantage la prévention, l'intervention précoce et la communication familiale. Nous devons appuyer la résilience au sein de nos communautés. De plus, nous devons nous assurer que les personnes savent où se tourner pour obtenir le service et le soutien pour les problèmes de santé mentale.

Les prestataires doivent mieux comprendre ce que les différents genres de prestataires de soins de santé peuvent faire et offrir pour améliorer le soin au client. Des délégués ont exprimé le point de vue qu'un seul fournisseur ne pouvait pas satisfaire tous les besoins des consommateurs de soins – les besoins varient d'une personne à l'autre et évoluent avec le temps chez un individu. **L'absence de coordination et de collaboration entre les différents genres de prestataires de services et de traitements** a été identifiée comme un obstacle à des

résultats efficaces. Des délégués ont identifié le besoin de créer un partenariat entre les clients, les familles, les prestataires et les secteurs, plutôt que d'adopter une approche axée sur le client proprement dit.

Un certain nombre d'**iniquités ont été relevées en ce qui concerne la satisfaction des besoins des personnes** ayant des problèmes de santé mentale. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui ont des moyens limités reçoivent de l'aide limitée. Les délégués ont fait remarquer que les problèmes de santé mentale sont complexes et, comme dans le cas des maladies, les problèmes et les troubles physiques sont nombreux et variés. De plus, des facteurs psychologiques ou des conditions de santé mentale ont aussi des influences sur les problèmes de santé physique. On était d'avis qu'un plus grand nombre de maladies mentales « graves », étant plus visibles, sont plus aptes à être soignées. Des délégués ont fait valoir qu'il y avait un manque de parité entre les troubles mentaux et physiques en ce qui concerne le soutien, le service et le traitement. Les délégués ont remarqué que certaines étiquettes diagnostiques (p. ex. troubles de la personnalité) peuvent limiter plutôt que d'améliorer l'accès au traitement.

**L'inaccessibilité au traitement et aux services** a constamment été identifiée par les délégués – les listes d'attente pour des services financés par les deniers publics sont longues et seulement ceux ayant les moyens (revenus plus élevés, assurance de soins complémentaires) ont accès aux services de santé mentale considérables qui ne sont pas financés par les deniers publics. Les personnes ayant des moyens limités obtiennent de l'aide limitée. Même si certains délégués sont d'avis que les systèmes fournissaient de meilleur soutien à ceux qui avaient plus de ressources personnelles, il y avait aussi le point de vue qu'il y a une très grande variabilité et iniquité dans la façon que les personnes étaient appuyées dans le maintien de leurs ressources personnelles comme l'emploi.

Les ingrédients pour le rétablissement ne dépendent pas seulement des communautés de prestataires de soins de santé. **Les communautés et les services communautaires sont essentiels dans l'aide apportée aux personnes pour gérer les troubles mentaux.** Les communautés fournissent des services et du soutien ainsi que des réseaux sociaux efficaces. Avec la formation, les travailleurs dans des programmes communautaires et d'entraide peuvent jouer des rôles nécessaires dans le rétablissement des personnes. Ces programmes doivent être suffisamment financés et intégrés dans les systèmes qui soutiennent la santé mentale.

Des délégués ont noté un **besoin que les gouvernements à tous les niveaux assument le leadership** dans la prestation de services, le soutien et les traitements en santé mentale. Ils ont fait valoir la nécessité d'une volonté politique ainsi que des lois pour soutenir les systèmes afin de mieux satisfaire les besoins de santé mentale de leurs communautés.

Il y a une **responsabilité collective à faire des représentations pour les services et les soutiens en santé mentale.** Les personnes doivent se faire entendre et faire des soins de santé mentale un point prioritaire pour le milieu politique et faire en sorte que la santé mentale soit incluse dans les régimes de santé publique. Il faut s'attaquer aux facteurs qui font obstacle à la

représentation – la stigmatisation associée aux troubles mentaux et les défis qu’une personne ayant un trouble mental doit relever lorsqu’elle doit faire des représentations pour elle-même.

**Quelles sont certaines des modifications à court et à plus ou moins long terme qui pourraient être apportées de manière à ce que les services et le soutien soient davantage axés sur le client et plus accessibles?**

**Niveau systémique.** Les délégués ont identifié les changements clairs et conséquents qu’il fallait apporter au système. Les délégués ont recommandé que le **financement accompagne le patient** plutôt que de résider au sein d’une installation ou auprès d’un fournisseur de services, témoignant que ceci permettrait de raccourcir les délais d’attente de service. Conformément à une approche axée sur l’utilisateur, les délégués ont aussi suggéré que les cliniques médicales de soins primaires soient financées et aient l’autorité et la responsabilité de s’approvisionner elles-mêmes en fonction des besoins de leurs communautés. Dans l’idée que les dossiers de santé électroniques accompagnent les patients, la communication ne doit pas se faire au détriment de la protection de la vie privée.

Les délégués ont suggéré que nous devons adopter une **approche de gestion de soins primaires et de maladie chronique** en santé mentale plutôt qu’un modèle de traitement et de prestation de services épisodiques ou aigus. Certains étaient d’avis que des équipes d’intervention rapide interprofessionnelles mieux conçues pour réagir à des problèmes épisodiques ou urgents liés à la santé mentale plutôt que des services d’urgence hospitaliers traditionnels.

Les délégués étaient clairs quant à la nécessité **d’améliorer la collaboration et la coordination** dans la prestation des soins. Il faut faire un investissement dans l’enseignement aux prestataires de soins de santé pour travailler en collaboration et créer des systèmes qui appuient la pratique en collaboration.

On penche aussi pour un **modèle à guichet unique/n’importe quelle porte** par lequel on peut s’attaquer à tous les besoins des clients (logement, traitement, etc.). Les délégués ont suggéré l’utilisation de **navigateurs dans le système** pour aider aux consommateurs à accéder aux services et au soutien dont ils ont besoin. Ils ont aussi recommandé l’établissement de **normes pour les temps d’attente** pour les services et le soutien en santé mentale et **l’évaluation des services et du soutien par la satisfaction du client.**

**Niveau du fournisseur de soins de santé.** Les délégués ont identifié la nécessité de **former un nombre suffisant de prestataires de soins de santé qui sont équipés pour satisfaire les besoins en santé mentale des populations avec qui ils travaillent.** Des prestataires ayant une formation adéquate à l’avant font une énorme différence dans la trajectoire du patient dans le système. Un besoin spécifique de **formation des prestataires de soins de santé pour traiter concurremment les troubles concomitants** a été identifié.

Les délégués ont aussi noté que la **pratique en soins primaires devait examiner de façon routinière le fonctionnement de la santé mentale** – afin d’identifier et de réagir à tout problème qui pourrait mériter une attention, mais aussi afin de normaliser l’idée que la santé mentale fait partie de la santé. Les délégués ont signalé que le modèle de soins aigus de fournir des soins de santé généraux pourrait ne pas donner suffisamment de temps aux personnes pour faire part de problèmes sensibles ou complexes liés à la santé mentale.

En dernier lieu, en ce qui concerne la consignation et l’enregistrement, les délégués ont identifié un besoin de **standardiser l’évaluation des problèmes et des conditions de santé mentale** – encore ici un geste qui pourrait être le mieux accompli en collaboration par les prestataires de soins de santé travaillant dans le domaine de la santé mentale.

**Éducation et communication.** Les délégués ont identifié le besoin **d’améliorer la communication et l’éducation au sujet des troubles de santé mentale**. Nous devons faire comprendre aux personnes la façon de reconnaître les signes et les symptômes des troubles mentaux, où se rendre pour obtenir des services et du soutien et leur aider à comprendre les conséquences personnelles et financières lorsque les personnes ne cherchent pas d’aide. Il y avait un besoin évident **d’accroître la compréhension de la santé mentale de tous les intervenants – les décideurs, les prestataires de soins de santé et la population en général**; ceci était perçu comme étant essentiel pour effacer les stigmates liés aux troubles mentaux qui font obstacle aux personnes dans l’obtention de l’aide et du soutien dont elles ont besoin. **Le transfert de la connaissance en ce qui concerne les pratiques exemplaires en santé mentale** – a été un autre besoin clé qui a été identifié – les délégués ont noté que **nous avons beaucoup de connaissances au sujet des traitements, des services et du soutien efficaces, mais nous devons faire un meilleur travail dans la mise en œuvre.**

**Créer l’analyse de rentabilisation pour investir dans l’évaluation, la recherche et les services en santé mentale.** Des délégués ont identifié la nécessité d’une analyse de rentabilisation qui démontre les coûts d’améliorer l’accès aux services en santé mentale comparativement aux coûts de ne pas le faire. Des suggestions ont été faites pour démontrer comment les coûts de traitement des problèmes de santé mentale peuvent être récupérés de façon appropriée grâce à une productivité accrue au cours des dix années suivantes.

La **séance en atelier 2** a suivi la deuxième séance plénière qui, dans des perspectives internationales, examinait la façon dont les systèmes de santé peuvent faciliter l’accès aux services et au soutien. On demandait aux délégués de se pencher sur les questions suivantes.

1. Dans quelle mesure y a-t-il appariement entre ce que les preuves démontrent comme pratique exemplaire et ce qui est accessible? Où sont les lacunes?
2. Quels sont les obstacles et les occasions pour constituer une équipe qui fonctionne?
3. Quel changement faut-il apporter au système pour appuyer la création et le fonctionnement d’équipes et de services qui assurent la prestation de soins fondés sur des données factuelles?

4. Quels autres genres de modifications sont nécessaires afin d'assurer le bon service, du bon fournisseur, à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit? (p. ex. des changements à la culture et au contexte du milieu de travail, des changements à l'attitude du fournisseur, des changements aux attentes du client)

### **Quels sont les lacunes, les obstacles et les occasions d'accès aux soins fondés sur des données factuelles?**

Les délégués ont constamment signalé que les **changements dans la culture et la volonté politique** sont **nécessaires pour changer la prestation des services et des traitements**. Ces changements étaient perçus comme essentiels pour appuyer un changement de soins en collaboration et interprofessionnels et qui permet une continuité de soins entre les contextes (p. ex. bureau du praticien, hôpital, communauté) et les secteurs (p. ex. santé, éducation). Ces changements sont aussi nécessaires afin d'assurer la continuité dans la prise de décisions entre les services de santé et les services gouvernementaux qui financent les soins. Les délégués ont signalé qu'un grand nombre de gouvernements provinciaux ont déjà démontré une volonté réglementaire et politique en finançant des équipes de soins de santé primaires. Ils ont aussi articulé que la volonté politique et l'investissement est essentiel pour entamer le changement dans les systèmes de services et chez les prestataires.

La nécessité d'une **organisation et d'une intégration de l'éventail complet de services** a également été identifiée comme essentielle pour la prestation des services et des traitements qui fonctionnent. **Les cloisons administratives entre les secteurs, les administrations et les prestataires de services doivent être abattues. Les équipes doivent être définies et constituées pour combler les besoins des personnes qu'ils desservent et inclure les consommateurs et leurs familles dans l'élaboration des plans de traitement et l'évaluation de l'efficacité du traitement.**

**La prestation de services et du soutien fondés sur des données factuelles dépend aussi des changements dans la formation, les attitudes et la pratique des prestataires de soins de santé.** Les délégués ont discuté de la façon avec laquelle la portée et le mandat de la pratique peuvent parfois être étroits (p. ex. traiter un ou seulement un aspect d'un problème complexe) mais aussi chevauchants de sorte que les champs d'activité peuvent être férocement protégés mais mal compris. Les prestataires de soins de santé doivent mieux comprendre les compétences des autres et la portée de leur pratique et les valoriser pour le bien du soin au patient. Les délégués ont souligné que les prestataires de soins de santé doivent répondre aux besoins des populations qu'ils desservent et leurs besoins de compétence et de formation pour les équiper à le faire. De plus, leurs attitudes et leur approche face aux soins doivent engager les consommateurs plutôt que d'être prescriptifs à leur endroit.

## La formation des professionnels de soins de santé doit :

- aborder la façon **d'exercer en collaboration** avec d'autres prestataires de soins de santé ainsi qu'avec les consommateurs et d'autres services et d'autres prestataires de soins (p. ex. travailleurs d'entraide, agences communautaires, familles)
- équiper les prestataires pour **répondre aux besoins de soins de santé spécifiques des populations**
- inclure la **gestion des services et des systèmes**
- inclure les **contextes où les personnes vivent et manifestent des problèmes de santé mentale** (p. ex. bureaux des praticiens, écoles, pénitenciers)
- appuyer le mentorat des prestataires de première ligne
- être axée sur les compétences
- impartir les normes de soins créées pour la santé mentale

La prestation de services et de soutiens fondés sur des données factuelles dépend aussi du **financement**. Le manque de financement peut limiter l'accès aux médicaments et aux psychothérapies, ainsi qu'aux prestataires de soins de santé mentale spécialisés (p. ex. psychologues), qui soignent de façon efficace les troubles mentaux. Le financement des services et du soutien communautaires et d'entraide qui favorisent de façon efficace le rétablissement est aussi crucial. Les délégués ont exprimé le point de vue que les **décisions de financement et de service devraient être fondées sur la preuve d'efficacité ou sur ce que nous savons qui fonctionne**. Nous devons être responsables de la prestation du service et démontrer l'efficacité économique et clinique. Contrairement aux modèles de financement actuels, nous avons besoin de modèles de financement qui appuient la collaboration plutôt que l'individu ou la pratique parallèle.

Il semblait y avoir un certain **consensus que nous connaissons assez bien ce qui fonctionne en ce qui concerne les services et le soutien de la santé mentale**. Cependant, il y a une **lacune dans la traduction de cette connaissance en lignes directrices et leur mise en œuvre dans la pratique**. Comme mentionné précédemment, ce qui fonctionne n'est pas toujours ce qui est financé sur le plan des traitements, des services et du soutien. Les délégués ont aussi fait remarquer la déconnexion entre ce que nous savons qui fonctionne et ce qui est offert. Cette déconnexion peut être liée au financement, mais peut aussi être liée aux lacunes dans la connaissance et les compétences de ceux qui assurent la prestation du service et du soutien. Les délégués ont aussi indiqué que les pressions du système (p. ex. grosses charges de patients, longues listes d'attente) mettent à défi la mise en œuvre de pratiques exemplaires. L'accès aux services fondés sur les pratiques exemplaires lorsqu'il existe peut être limité par le critère d'exclusion du service (p. ex. service fourni uniquement à des groupes de patients définis de façon spécifique). En dernier lieu, les délégués ont évoqué l'importance de preuves fondées sur la pratique – les chercheurs doivent étudier l'efficacité des interventions pour les problèmes du monde réel et de la façon qu'ils sont présentés (p. ex. troubles comorbides ou concomitants) tout en étant guidés par les réalités et les contraintes associées à la prestation des soins.



**Éducation et communication.** Les délégués ont fait remarquer que l'accès aux services et au soutien fondés sur des données factuelles peut être limité par le fait que les consommateurs pourraient ne pas savoir ce qui est la pratique exemplaire ou où l'obtenir. Les délégués ont souligné la responsabilité collective pour la traduction des connaissances à cet égard. Ils ont fait valoir les rôles importants que les médias peuvent jouer et l'importance du financement pour assurer que les consommateurs ont accès à l'information qui leur aidera à faire des choix éclairés au sujet du traitement et du service.

**Engagement des groupes d'intervenants clés autres que les consommateurs, les décideurs et les prestataires de soins de santé.** Les délégués ont aussi fait valoir la nécessité d'éducation et de communication au sujet des pratiques exemplaires en santé mentale au personnel dans d'autres secteurs qui pourrait ne pas assurer la prestation de soins de santé mentale, mais qui travaille avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale (p. ex. enseignants, employeurs). Leur capacité de reconnaître les signes et les symptômes et d'aiguiller les personnes dans la bonne voie pour accéder aux soins peut produire de meilleurs résultats qui découlent d'une intervention précoce. L'éducation et la communication est cruciale pour changer la culture des contextes comme l'école et le lieu de travail qui, par ricochet, est essentielle pour la promotion, la prévention et l'intervention précoce aux besoins de la santé mentale. Il est aussi essentiel d'assurer que les services de santé mentale auxquels donnent accès d'autres secteurs (p. ex. les programmes d'aide aux employés, les régimes de soins de santé complémentaires) financent le genre et la quantité de services et de traitements dont les personnes ont besoin et qui sont efficaces.

La **séance en atelier 3** demandait aux délégués de se pencher sur les étapes suivantes pour corriger les lacunes et surmonter les obstacles et favoriser les occasions d'améliorer l'accès aux services et au soutien en santé mentale. Comme on peut le voir à l'annexe A, les discussions au sujet des prochaines étapes avaient tendance à converger vers les recommandations formulées par chaque groupe de travail à la fin de chaque séance en atelier. Les étapes suivantes résumées ci-dessous portent sur celles qui sont recevables plutôt que générales. Les étapes qui étaient plus générales sont incluses dans les recommandations.

### **Prochaines étapes : Augmenter la sensibilisation, la compréhension et la mise en œuvre.**

Le changement dépendra de la **représentation et de la volonté politique**. Nous devons engager des intervenants dans la représentation pour le changement systémique, culturel et législatif. Les délégués sont d'avis que la Table de la santé mentale devrait être un groupe de représentation important du changement.

Nous devons créer une **culture d'inclusion**, qui appuie l'éventail complet et optimal de fonctionnement physique, psychologique et social des personnes.

**Les systèmes doivent garder le rythme avec le genre de soins nécessaires** pour qui, de qui et à quel endroit. Les systèmes de prestation de soins de santé traditionnels ne s'adaptent pas nécessairement à l'évolution des modèles de pratique exemplaire.

Les délégués ont convenu de la nécessité **d'engagement – les communautés, les consommateurs, les prestataires de soins et les décideurs** – pour améliorer la prestation des services et du soutien nécessaires et efficaces en santé mentale. Ils ont abordé la question de la nécessité d'un changement conceptuel de manière à ce que le rôle de la santé mentale dans la santé soit considéré, reconnu et pris en compte.

En discutant des services nécessaires et efficaces, les intervenants ont tendance à s'enliser dans une discussion plutôt que de porter leur attention sur l'action et la mise en œuvre. **Il faut faire davantage au sujet de ce qui est connu et qui fait l'objet de discussion.** Les décisions doivent porter sur la question à savoir si nous voulons un système efficace et/ou un système efficace et dynamique.

Nous devons prêter attention aux **ressources humaines en santé** du Canada lorsqu'il est question de santé mentale – nous devons évaluer de qui nous avons le plus besoin afin de fournir les genres de services et satisfaire les genres de besoins.

Faire en sorte que les **dossiers de santé électroniques** deviennent une réalité.

Les délégués ont indiqué que nous devons poursuivre le **dialogue entre tous les intervenants en santé mentale comme dans le cadre du présent forum.** Les dialogues fournissent des occasions importantes de transfert des connaissances et de réseautage au sujet de ce qui est nécessaire et de ce qui fonctionne. De plus les délégués croyaient que l'éventail d'intervenants qui participaient au forum devrait être élargi et approfondi de manière à inclure les représentants de l'éducation, de la justice pénale et de l'industrie ainsi qu'une plus grande représentation des gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux.

**Les prestataires de soins de santé doivent travailler avec leurs propres communautés pour faire valoir la formation qui équipe les prestataires à pouvoir satisfaire les besoins des communautés et la pratique en collaboration.** La compréhension et la volonté parmi les prestataires de soins de santé à exercer davantage en collaboration ont grandi considérablement et nous devons continuer à investir dans le changement de culture et de système qui l'appuiera.

Nous devons travailler ensemble pour assurer que les **problèmes, les services et le soutien de santé mentale sont abordés dans le renouvellement de l'accord sur la santé en 2014.**

Nous avons besoin de **leadership.** Les forums comme celui-ci permettent une discussion riche et des recommandations multiples, mais ne donneront pas l'impulsion au changement si la responsabilité est trop diffuse et l'autorité inexistante.

**Prochaines étapes : Certaines recommandations et avertissements précis mis de l'avant par les délégués à la Table de la santé mentale en s'apprêtant à contempler les étapes suivantes**

La Table de la santé mentale (TSM) :

1. doit travailler ensemble pour assurer que nous ne produisons pas un rapport bien intentionné qui n'a pas de traction
2. peut élaborer un plan pour aller de l'avant avec le travail du forum et ses recommandations
3. peut participer à des forums publics, la planification communautaire et des séances de discussion ouverte où les problèmes liés à la santé mentale et aux soins de santé mentale sont établis et font l'objet de discussion
4. peut travailler avec les médias pour aider à communiquer ce qui est connu et ce qui est nécessaire au sujet d'un soin de santé mentale efficace
5. peut créer un bulletin de rendement des services et du soutien en santé mentale
6. devrait élaborer un résumé qui peut facilement être utilisé pour communiquer les comptes rendus du forum
7. devrait remettre les comptes rendus du forum à nos communautés respectives pour appuyer les changements dans les systèmes et la pratique qui sont indiqués pour la santé mentale au Canada

## **RECOMMANDATIONS DES DÉLÉGUÉS**

**Notez que les recommandations qui suivent ne sont pas nécessairement les recommandations de la Table de la santé mentale (TSM), non plus que celles des associations que représentent les membres de la TSM. Il s'agit de recommandations faites collectivement par les délégués au forum dont fait état le présent document.**

### **Financement**

1. Réviser et faire une nouvelle analyse des modèles de financement de services et de soutien en santé mentale.
2. Le financement et le soutien du gouvernement et d'autres commanditaires est nécessaire pour les programmes et services communautaires et pour augmenter la compréhension de la santé mentale au Canada.
3. Fournir du financement pour le service et les prestataires de services nécessaires. En ce qui concerne les soins de santé mentale, les services de plusieurs prestataires dont on a besoin et qui sont nécessaires sont insuffisamment financés et leurs services sont par conséquent inaccessibles pour un grand nombre de Canadiens (p. ex. les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux).
4. Améliorer l'accès aux services, au soutien et à leurs systèmes de prestation, et les doter des prestataires de soins de santé nécessaires. Assurer que le bon service se rend à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment par le ou les bons prestataires.

### **Structure du système**

5. Appuyer une réforme des soins primaires qui inclut la santé mentale comme point de concentration des soins et où les services de santé et les prestataires sont financés d'une manière qui répond aux besoins des communautés d'individus qu'ils desservent.
6. Employer des navigateurs de systèmes pour aider aux personnes à accéder aux services et au soutien dont ils ont besoin.
7. Appuyer la souplesse au sein du système et au sein de la pratique du fournisseur.
8. Organiser les services et le soutien selon les besoins du consommateur et non pas selon les besoins du fournisseur ou du système dans le contexte des possibilités.
9. Abattre les cloisons administratives dans le système et doter une structure qui fournit des soins transparents et plus dynamiques aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

10. Lier le financement et l'information en santé par des moyens électroniques à une personne de laquelle on peut « acheter » des services et faire en sorte que les dossiers de soins de santé sont toujours disponibles et à jour.
11. Employer la technologie pour prolonger la portée des soins (p. ex. santé mentale à distance).

### **Organisation, intégration et collaboration**

12. Améliorer les partenariats, la communication, la coordination et la collaboration entre tous les intervenants en santé mentale.
13. Créer un système de santé intégré et fluide constitué des services dans les secteurs public et privé et qui engage les consommateurs, les aidants naturels et les communautés. Il doit y avoir un continuum de soins efficace pour la santé mentale.
14. Miser sur des services et du soutien qui ont fonctionné par le passé dans certaines communautés et qu'on peut utiliser dans d'autres.

### **Voix du consommateur**

15. Inclure les consommateurs à chaque table de prise de décisions.

### **Éducation et communication**

16. Améliorer ce qui est offert à la population en termes de promotion de la santé mentale, de prévention et de détection précoce. Nous devons éduquer et communiquer, tout en augmentant la compréhension de la santé mentale de tous les intervenants y compris les écoles, les lieux de travail et les communautés. Nous devons nous assurer que les personnes augmentent ce qu'ils savent au sujet des troubles mentaux, reconnaissent quand de l'aide pourrait être nécessaire et savoir où on peut aller pour trouver de l'aide.

### **Formation et pratique des prestataires de soins de santé**

17. Former les prestataires de soins de santé de manière à ce que
  - la collaboration soit enseignée, mise en pratique et appuyée,
  - les patients soient traités aussi équitablement et respectueusement pour leurs problèmes de santé mentale que s'il s'agissait de problèmes de santé physique,
  - qu'ils aient la connaissance et les compétences pour combler les besoins de la population qu'ils desservent,

- qu'ils intègrent la santé mentale dans leur évaluation et leur traitement des problèmes de santé,
- le soin primaire et les prestataires de première ligne soient appuyés par les prestataires de soins de santé mentale spécialisés.

### **Normes et points de référence**

18. Élaborer des normes pour les temps d'attente des services et le soutien en santé mentale.
19. Appuyer la formation en santé mentale pour tous les prestataires de soins de santé officiels et non officiels.
20. Appuyer les pratiques exemplaires au niveau des systèmes, des services et du traitement pour tous les prestataires et à l'intérieur et entre les administrations. Établir des normes nationales de soins de santé mentale.
21. Être responsable face aux services et au soutien
  - évaluer les résultats du point de vue de l'individu et d'autres intervenants pertinents,
  - habiliter les équipes à surveiller et diffuser les pratiques exemplaires et veiller au bien-être de l'équipe.
22. Colmater la brèche entre ce que nous savons qui fonctionne et ce qui est accessible en ce qui concerne les services et le soutien en santé mentale.

### **Faire des représentations pour le changement afin d'améliorer l'accès**

23. Faire des représentations pour les changements législatifs nécessaires au palier fédéral et provincial/territorial de manière à ce que la bonne personne obtienne le bon traitement, au bon moment, des bons prestataires, au bon endroit. Créer un système à partir de ce qui est maintenant un non-système.
24. Créer la parité entre le financement et les services en santé mentale et physique. Une personne qui se présente ayant un trouble mental pour obtenir des soins de santé devrait être traitée de façon équivalente à une personne qui se présente souffrant d'un mal physique.

## ÉVALUATION DU FORUM

*Quelles portes mènent où?*

*Comment améliorer l'accès au service de santé mentale :  
obstacles, facilitateurs et occasions pour la santé mentale des Canadiens*

Nous sommes intéressés à entendre votre rétroaction au sujet du forum! Vous pouvez nous fournir votre rétroaction en remplissant la copie papier de ce formulaire et le laisser aux organisateurs à la fin du forum. Autrement, vous pouvez fournir votre rétroaction en ligne par le lien au sondage qui sera envoyé à chacun de vous après le forum. Merci!

Nombre total de répondants	50	
Affiliation ( <i>cocher tout ce qui s'applique</i> )	8	Étudiant
	12	Universitaire
	19	Non gouvernemental
	3	Gouvernemental
	25	Santé
	10	Recherche
	9	Consommateur
	1	Autre

	1 (Insatisfaisant)	2 (Médiocre)	3 (Adéquat)	4 (Très bon)	5 (Excellent)	S.O.
<b>1</b>	<b>Lieu de présentation du forum</b>					<b>Moyenne</b>
A	Emplacement et locaux de réunion					4,32
B	Chambres et services d'hôtel					3,95
C	Aliments et breuvages servis au forum					4,35
<b>2</b>	<b>Inscription au forum</b>					<b>Moyenne</b>
A	Matériel du forum fourni à l'avance et sur place					4,30
B	Processus d'inscription					4,71
C	Communication et soutien fournis par les organisateurs du forum					4,61
<b>3</b>	<b>Facilitateur</b>					<b>Moyenne</b>
A	A bien communiqué					4,67
B	A géré et engagé de façon efficace les conférenciers et les participants					4,65
C	A fourni le soutien auquel on pourrait s'attendre d'un facilitateur de manière à ce que le forum atteigne ses objectifs					4,63
<b>4</b>	<b>Ordre du jour du forum</b>					<b>Moyenne</b>
A	Atteint ses objectifs					4,27
B	Mélange de richesse et diversité dans les séances					4,30
C	Nombre de séances et de conférenciers					4,27
D	Nombre de séances en atelier					4,06
E	Format des séances en atelier					4,06
F	Audiovisuel et autre soutien technique					3,81
<b>5</b>	<b>Séance plénière 1 : Panel sur les soins axés sur le client</b>					<b>Moyenne</b>
A	<i>Les présentations étaient pertinentes aux objectifs du forum</i>					4,76
B	Les conférenciers étaient connaisseurs					4,74
C	Les conférenciers étaient intéressants					4,72
D	Les conférenciers m'ont appris à tout le moins une nouvelle chose					4,73
<b>6</b>	<b>Séance plénière 2 : Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien - Panel</b>					<b>Moyenne</b>
A	<i>Les présentations étaient pertinentes aux objectifs du forum</i>					4,60
B	Les conférenciers étaient connaisseurs					4,67
C	Les conférenciers étaient intéressants					4,47
D	Les conférenciers m'ont appris à tout le moins une nouvelle chose					4,64



	1 (Insatisfaisant)	2 (Médiocre)	3 (Adéquat)	4 (Très bon)	5 (Excellent)	S.O.
	<i>Question</i>					
<b>7</b>	<b>Examen de la consultation en matière de stratégie de la CSMC</b>					<b>Moyenne</b>
A	La présentation était pertinente aux objectifs du forum					4,33
B	Le conférencier était connaissant					4,55
C	Le conférencier était intéressant					4,15
D	Le conférencier m'a appris à tout le moins une nouvelle chose					4,15
<b>8</b>	<b>Séance plénière 3 : Panel sur les soins de santé mentale fondés sur des données probantes</b>					<b>Moyenne</b>
A	Les présentations étaient pertinentes aux objectifs du forum					4,56
B	Les conférenciers étaient connaissants					4,65
C	Les conférenciers étaient intéressants					4,49
D	Les conférenciers m'ont appris à tout le moins une nouvelle chose					4,53
<b>9</b>	<b>Séance plénière 4 : Panel sur le mélange de prestation des services</b>					<b>Moyenne</b>
A	Les présentations étaient pertinentes aux objectifs du forum					4,61
B	Les conférenciers étaient connaissants					4,69
C	Les conférenciers étaient intéressants					4,63
D	Les conférenciers m'ont appris à tout le moins une nouvelle chose					4,64
<b>10</b>	<b>Connaissances acquises au cours du forum</b>					<b>Moyenne</b>
A	Le format de cette séance était une façon efficace d'évaluer ce qui a été appris au cours du forum					4,33

### Commentaires additionnels

- Très bien organisé; les organisateurs et les facilitateurs étaient très accueillants et aidants
- Problèmes de température
- Problèmes de système de sonorisation (skype, microphones)
- Excellente décision de tenir le panel sur les consommateurs en premier; présentations très prenantes
- Le mélange de présentations était excellent et stimulait la discussion, la réflexion sur le continuum des services de santé mentale et sur les façons de résoudre les problèmes en vue d'améliorer le système
- Aurait aimé voir des présentations et des articles qui abordaient une approche plus large à la pratique en collaboration – semblait lourd du côté psychiatrie et psychologie
- Certains des panélistes n'étaient pas suffisamment engageants
- Certaines répétitions entre les rapporteurs des séances en atelier; trop long par moment
- Certaines diapositives étaient difficiles à lire, particulièrement depuis l'arrière de la salle

- Temps limité pour réseauter étant donné que de nombreuses présentations ont dépassé le temps alloué (cela empiète sur les pauses et les séances en atelier planifiées)
  - On aurait pu profiter de quelques autres pauses afin de minimiser la surcharge d'information
- 
- Un grand nombre de nouveaux partenariats ont émergé
  - La variété et la représentation des assignations de table ont été appréciées
  - Ambiance attirante
  - La réceptivité à de nouvelles perspectives était apparente
  - Très bon respect interprofessionnel
  - Merveilleuse occasion d'apprentissage
  - Contenu excellent
- 
- Aurait aimé voir un éventail plus large de prestataires, de partenaires communautaires (p. ex. Clubs des garçons et filles, Armée du salut, lignes d'écoute téléphonique) et de décideurs dans l'auditoire
  - Les secteurs comme l'éducation, la santé, la justice n'étaient pas représentés dans l'auditoire
  - Aurait aimé voir plus de reconnaissance pour la formation et le rôle que jouent les infirmières dans la prestation de services en santé mentale
  - Les services/soutien en santé mentale ne peuvent pas être donnés uniquement au cours des heures d'affaires
  - La CSMC doit capitaliser activement sur le changement dans le système de soins primaires
  - S'assurer que les prochaines étapes concrètes sont mises en place de manière à ce que le travail et l'énergie du forum ne soient pas perdus

## SONDAGE APRÈS LE FORUM

*Quelles portes mènent où?  
Comment améliorer l'accès au service de santé mentale :  
obstacles, facilitateurs et occasions pour la santé mentale des Canadiens*

Période de sondage : du 11 au 25 mars 2011

### APERÇU

Les délégués au forum ont été sondés sur un certain nombre de sujets cinq mois après la tenue du forum. Les données brutes du sondage sont présentées ci-dessous et un bref aperçu suit. **Trente-neuf répondants ou 49 % de tous les délégués du forum ont répondu au sondage.** Les répondants représentaient un certain nombre de groupes constituants (voir les réponses à la première question du sondage à savoir à quel titre les délégués ont assisté au forum) mais le plus grand groupe constituant était les professionnels de la santé.

**Plus de la moitié des répondants ont révélé que le forum leur avait aidé à comprendre les problèmes auxquels font face les prestataires de soins de santé** dans la prestation de services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. **Juste un peu moins du tiers des répondants ont indiqué qu'ils avaient été en mesure d'agir sur les recommandations** auxquelles sont arrivés les délégués au cours des discussions en groupe de travail du forum et **juste un peu moins de la moitié des délégués ont indiqué que leur participation au forum a influencé leur travail par la suite.** En décrivant l'impact du forum, les commentaires suggèrent que les **présentations et les discussions ont aidé à accroître la sensibilité parmi les délégués et produit un transfert des connaissances. Plus du tiers des délégués ont indiqué qu'ils avaient réseauté avec les contacts faits au forum et plus de la moitié des délégués ont indiqué qu'ils avaient communiqué l'information** qu'ils avaient acquise au forum avec d'autres partenaires et collègues.

Les répondants ont noté que le forum s'était bien déroulé et qu'il était bien organisé et servait d'excellent modèle pour le partage de l'information et que les présentations (particulièrement les présentations sur le consommateur) ont été très bien accueillies. **Les répondants ont recommandé que nous continuions à tenir des événements semblables à l'avenir et en particulier avec les décideurs et que nous diffusions ce rapport parmi les intervenants.**

## **DONNÉES DU SONDAGE : N = 39 répondants**

### **À quel titre avez-vous assisté au forum?**

---

Étudiant	2	5,13 %
Chercheur	3	7,69 %
Professionnel de la santé	17	43,59 %
Représentant du gouvernement fédéral	6	15,38 %
Représentant du gouvernement provincial	1	2,56 %
Représentant du gouvernement municipal	0	0,00 %
ONG ou sans but lucratif	7	17,95 %
Consommateur	5	12,82 %
Universitaire	5	12,82 %
Table de la santé mentale		
Membre/représentant	9	23,08 %
Autre (veuillez préciser)	4	10,26 %

### **Quelles sont les principales connaissances que vous avez acquises au cours du forum?**

- La principale chose que j'ai apprise est le fait que le gouvernement ne finance pas autant la santé mentale que d'autres programmes. La santé mentale est tellement importante dans la société d'aujourd'hui et la maladie est en hausse. Le gouvernement a lié les mains des personnes pour lesquelles il donne du financement dans certains programmes et ceci est très frustrant compte tenu qu'il y a une personne sur cinq diagnostiquée au Canada ayant une maladie mentale- ceci est très élevé en nombre. Malheureusement, il y a encore beaucoup de stigmatisation entourant la santé mentale.
- Obstacles à l'accès aux services en santé mentale pour les adultes - consommateur principal-identifié des obstacles aux services de santé mentale - stratégies pour rationaliser les soins - changements dans les services de santé mentale dans d'autres administrations.
- Une meilleure compréhension d'une part du travail international dans ce secteur. Une meilleure connaissance de certains des intervenants clés au Canada qui font du travail pour les personnes de tout âge.
- 1. Combien il est difficile d'accéder aux services, même si vous êtes un professionnel de soins de santé. 2. Les obstacles sont systémiques et en tant que tels rendent l'accès pour les Canadiens à plus faible revenu très difficile voire impossible à surmonter. 3. Les obstacles sont systémiques basés sur un système de soins de santé centré sur le biomédical qui n'est pas préparé ou organisé pour s'occuper de la plupart des Canadiens ayant des problèmes et des troubles de santé mentale ou comportementaux. 4. La discrimination mène à un financement différentiel grave entre la santé mentale et physique.
- Je faisais partie du panel sur les consommateurs et je n'ai malheureusement pas eu le temps de participer au forum, autrement que de donner ma présentation.
- Ne me souviens pas.

- Bonne intercommunication entre les divers intervenants et les facilitateurs pour faire comprendre les obstacles à l'accès au système de soins de santé mentale.
- Approches créatives pour augmenter l'accès aux services.
- Augmenter la possibilité de faire progresser le programme de santé mentale en utilisant certains paradigmes médicaux dominants, comme « la gestion de la maladie chronique ». Aussi, il faut en faire un constituant d'un système de soins primaires réformé.
- Rôle précieux de l'intégration dans les programmes de SM dans les soins primaires.
- Les connaissances clés incluent l'information concernant la campagne anti-stigmatisation et entendre combien il est encore difficile d'accéder aux services (le champ de mine d'accès depuis les soins primaires ou les soins de longue durée).
- Il existe des obstacles importants à l'accès aux services de santé mentale - le rôle des professionnels de la santé autres que les psychiatres, les psychologues et les infirmières est à peu près inconnu.
- Renforcement continu des efforts pour intégrer les utilisateurs des soins de santé mentale et la communauté de soutien dans la planification et l'évaluation des programmes. D'autres professionnels de la santé mentale ne connaissent pas la portée de la pratique des autres professionnels dans le domaine et cette explication en tête-à-tête est requise.
- De nombreux professionnels différents éprouvent les mêmes problèmes. Le modèle médical où le médecin contrôle la plupart des services se porte encore très bien... mais doit être changé pour une approche davantage axée sur la collaboration.
- Les psychologues doivent être reconnus comme un intervenant plus grand par les gouvernements FPT et assurés en vertu de régimes de santé à valeur interdisciplinaire.
- Même si je comprends les obstacles en théorie, j'ai trouvé que le forum a augmenté ma compréhension - des types et de l'étendue des obstacles qu'éprouvent les consommateurs. Les présentations sur les consommateurs ont fourni un contexte. - Les types et l'étendue des obstacles éprouvés par les professionnels et les prestataires de services.
- Il faudra un effort de collaboration pour effectuer le changement. Cela signifie que toutes les parties représentées à la table doivent convenir de travailler ensemble pour le plus grand bien du patient. Le protectionnisme professionnel n'est pas une option.
- Il faut un engagement de toutes les professions médicales et une plus grande communication entre les différents secteurs si nous voulons voir une quelconque amélioration.
- \*L'importance d'engager les consommateurs en tant que pairs dans des initiatives visant à accroître la sensibilisation du public, des étudiants et du corps enseignant sur les problèmes liés à bien vivre avec la maladie mentale. \*Bien que ce ne soit pas une nouvelle perspective, la valeur d'enrichir son réseau a clairement été illustrée dans les conversations qui ont eu lieu aux tables et pendant les pauses.
- Apprendre au sujet des initiatives au Canada.
- Les besoins et les problèmes d'accès qui en découlent sont complexes et les solutions actuelles sont simplistes. Le changement a besoin de trois éléments.
- Les lacunes et les problèmes de système sont la cause principale des temps d'attente pour l'obtention de services de santé mentale. Le manque de services dans des secteurs comme

les services correctionnels sont aussi à l'origine de difficultés inutiles pour les consommateurs de soins de santé mentale.

- a accentué la connaissance concernant les problèmes d'accès aux soins de santé mentale - le manque de connaissance du rôle des autres professionnels de la santé en ce qui concerne les soins de santé mentale autres que les psychiatres, les infirmières et les psychologues.
- J'ai compris les nombreuses perspectives sur l'effet et l'efficacité (ou le manque d'efficacité) des services.
- A confirmé que la santé mentale est encore stigmatisée en tant que professionnel de la santé, je ne travaille pas suffisamment avec les groupes de soutien.

**Quelles actions avez-vous prises à la suite du forum pour mettre en application vos connaissances au sujet des obstacles en vue d'améliorer l'accès aux interventions biologiques, psychologiques et sociales auprès des Canadiens ayant des problèmes et des troubles de santé mentale?**

- J'ai fait de la recherche sur de nombreuses choses au cours des six derniers mois. J'ai trouvé qu'il n'y avait pas de forme établie pour des directives anticipées en psychiatrie au Canada- tout est compris à l'intérieur de la forme des directives anticipées. Les directives anticipées se concentrent principalement sur la santé physique et n'abordent pas la question lorsqu'une personne a besoin de services passifs. Alors j'ai beaucoup de recherches pour voir ce que les États font à cet égard et peut-être mettre en place une forme générique pour que d'autres personnes qui ont besoin de faire leurs directives anticipées en psychiatrie. Aussi, je suis en train d'écrire une lettre à la personne qui est responsable du programme BUILD qui a mis fin au financement- ainsi un grand nombre de personnes comptent sur ce programme et ne sont pas en mesure de continuer les services en raison du financement. Le financement semble toujours être le problème.
- Notre centre a participé à la création d'un exposé qui pourrait tenir lieu de politique sur l'accès et les temps d'attente pour les soins de santé mentale chez les enfants et les jeunes. Ce document sert de contexte pour l'AP de l'IDSEA des IRSC actuel pour l'accès et les temps d'attente pour les soins de santé mentale pour l'enfant et le jeune. Par le National Infant, Child and Youth Mental Health Consortium nous avons 1) mené un webinar pour communiquer davantage l'occasion de recherche dans ce secteur et 2) constitué un groupe de travail pour coordonner l'action dans ce secteur. L'accès et les temps d'attente seront un point de mire secondaire de notre prochain symposium national en santé mentale de l'enfant et du jeune.
- 1. Discuter des obstacles avec d'autres groupes prestataires et de patients. 2. Élaborer des plans à présenter aux gouvernements au sujet de l'accès amélioré aux services de santé mentale et comportementale. 3. L'examen de façons d'améliorer l'accès par le soin primaire, les systèmes scolaires, les systèmes de justice pénale, les systèmes du bien-être de l'enfant et le lieu de travail.
- Je continue ma formation à utiliser dans la communauté de la santé mentale à l'avenir.
- Je pense en avoir parlé à mes collègues.

- Je m'attaquerai au sujet dans ma thèse de MBA intitulée provisoirement : « Accounting for Mental Illness and Mental Health in Canada: The Private, Public, and Non-profit Sectors ».
- Sans objet.
- Travail continu en soins de santé mentale partagés; intérêt dans un rôle de soin primaire plus explicite en médecine de la toxicomanie. La création de divers outils et stratégies pour les deux. Représentation pour l'harmonisation du système de paiement à l'appui de ce travail.
- Il faut accroître les options pour la sélection et le traitement à l'aide d'équipe de MM fondée sur l'approche.
- Dans le numéro d'hiver 2011 de CONTACT (le magazine de nouvelles officiel de l'Association canadienne de physiothérapie) nous avons rédigé un court article sur « l'intégration de la santé mentale et de la pratique de physiothérapie » qui est diffusé auprès des membres de l'Association de physiothérapie le fait que le cinquième des personnes au Canada éprouve des problèmes de santé ou de maladie mentale et renforce la nécessité pour les physiothérapeutes de faire des représentations pour le client individuel, pour assurer la prestation de services axés sur le client et intégrer les buts du client en reconnaissant les obstacles au-delà de la déficience physique.
- Aucun changement particulier n'a été apporté.
- A continué de surveiller les rapports de la Commission de la santé mentale et la participation aux groupes interdisciplinaires nationaux comme la Table de la santé mentale.
- Des discussions ouvertes sur la portée de la pratique dans les discussions dans l'environnement de travail avec d'autres collègues de soins infirmiers psychiatriques, professionnels et bénéficiaires de soins de santé pour partager les connaissances retirées d'une journée et demie de révisions de programmes qui portent sur l'utilisation de substances et les unités de soins mentales ambulatoires.
- Examiné la possibilité de créer des projets de recherche.
- Aucune à ce jour.
- Je ne travaille pas dans le domaine de la santé mentale - le forum m'a donné l'occasion d'inclure l'accès et des problèmes plus vastes de santé mentale dans la discussion et la recommandation de politique en matière de santé publique.
- Je continue de travailler avec un certain nombre de collègues de diverses disciplines pour réaliser le changement.
- Représentation sur ces questions.
- J'ai lu le rapport, vérifié sur le site Web et j'ai travaillé avec des collègues à mon université pour améliorer leur appréciation du besoin de se pencher sur les connaissances clés mentionnées précédemment.
- Rien pour le Canada étant donné que je travaille aux États-Unis. Les problèmes sont semblables et nous continuons à travailler sur les problèmes d'accès à des services ayant un soutien de qualité pour tous les Américains.
- Utiliser de meilleures données de santé populationnelles dans la planification des services (conformément à la norme 1 d'agrément des services de santé mentale au Canada).

- J'ai partagé le matériel de la conférence avec mes gestionnaires et mes collègues, notre clinique est restructurée pour donner un accès rapide aux programmes d'évaluation et de groupe dans le but de diminuer l'attente pour les consommateurs.
- Le partage de l'information du forum avec les membres de notre conseil d'administration.
- J'ai travaillé vers une meilleure compréhension des perspectives du client dans la prestation et l'organisation du service.
- J'ai travaillé encore avec plus de détermination vers le traitement de la santé mentale pour tous.

**Quelles actions avez-vous prises à la suite du forum pour mettre en application vos connaissances au sujet des facilitateurs ou occasions en vue d'améliorer l'accès aux interventions biologiques, psychologiques et sociales auprès des Canadiens ayant des problèmes et des troubles de santé mentale?**

- Je travaille actuellement à possiblement mettre sur pied un centre de jeunes dans ma ville- parce qu'il y en a un seulement pour tous les âges de la population en santé mentale. Je suis en train de voir qui serait en mesure d'aider, tout en démarrant un groupe de soutien à la dépression pour les jeunes dans la région. Je trouve que si on met l'accent sur les jeunes maintenant ils pourraient ne pas avoir autant de problèmes à l'avenir. Il s'agit de mettre l'accent sur les jeunes d'aujourd'hui- ils sont notre avenir!
- Les occasions sont liées aux obstacles. Les obstacles dans 3 décrits précédemment se changent en occasions lorsque les solutions sont créées. Voir le point 3 précédent.
- J'élargis ma connaissance en assistant à d'autres forums et réunions de comité touchant à la santé mentale.
- Aucune.
- De discuter des nouvelles connaissances avec les collègues à des réunions de conseil d'administration.
- Sans objet.
- Un plus grand engagement et une participation officielle à la voix des consommateurs.
- Intégration des outils de sélection dans la pratique. L'intégration du service de suivi téléphonique pour la communauté.
- Dans la communication mentionnée précédemment avec nos membres nous avons renforcé la nécessité de reconnaître la possibilité qu'un grand nombre de nos clients pourraient vivre avec des problèmes qui pourraient avoir une incidence sur leurs buts de traitement, l'efficacité du traitement et les résultats. La nécessité de mieux élaborer nos plans de traitement et répondre de façon appropriée aux besoins des clients.
- Aucun changement particulier n'a été apporté.
- Utilisation continue des articles et examen des documents nationaux.
- Revue de la littérature pour un projet de recherche dans ce domaine.
- Aucune à ce jour.
- Encore ici, offrir l'accès aux interventions en tant que considération importante pour une action plus poussée et l'élaboration d'une politique.



- J'ai travaillé avec des collègues pour établir une connexion avec l'un des consommateurs au forum - elle visitera notre école et créera aussi une vidéo d'enseignement pour nos étudiants concernant ses expériences vécues. J'ai aussi continué à lire les articles actuels relativement à des exemples d'initiatives et de stratégies positives - documents gouvernementaux, nouveau manuel pour ma discipline.
- Nous continuons à travailler sur la réforme des soins de santé américains et à la mise en œuvre de la parité en assurance - deux aspects qui auront un effet significatif sur l'accès.
- J'en ai parlé (à la réunion), mais la « capacité de mettre en œuvre » et la « volonté politique » demeurent des obstacles insurmontables.
- Aucune.
- Je me suis renseigné au sujet des groupes de soutien dans ma communauté.

**Est-ce que le forum a aidé à accroître votre compréhension des problèmes auxquels font face**

**les prestataires de soins de santé mentale?**

Oui	20	51,28 %
Non	7	17,95 %

- Je comprends que le gouvernement et le financement ont un rôle clé dans la détermination des services, des programmes, de la sensibilisation à la réduction de la stigmatisation... et qu'il n'est pas facile de réaliser le changement étant donné qu'il s'agit de politiques.
- Listes d'attente; coordination avec d'autres services; limites administratives influençant le déroulement des soins.
- Certaines des présentations comme celles par les personnes atteintes de troubles de santé mentale ou les membres de la famille ont aussi mis en lumière les obstacles. La présentation par Martin Drapeau a été utile dans l'examen de nouvelles façons de promouvoir la coopération entre les prestataires. Les présentations par la personne venant du Royaume-Uni ont posé le problème dans un contexte sociopolitique. La présentation de la personne des États-Unis a mis en évidence le fardeau, la prévalence, etc. Les discussions ont donné l'occasion d'explorer les problèmes et de voir ses propres idées dans une perspective différente.
- Le forum m'a aidé à comprendre dans quel état se trouvent les installations de santé mentale qui manquent de ressources et les problèmes « d'étiquetage », qui tous deux nuisent aux interventions.
- Apprécié les perspectives d'autres disciplines qui ont fait des présentations et qui étaient participants aux discussions aux tables.
- La déconnexion entre le consommateur et le fournisseur de soins de santé.
- Affirmation.
- Le patient est le point de mire intégral.

- Le cloisonnement administratif des services, les défis avec le manque de financement ainsi que l'accès pour les clients qui n'ont pas accès à du financement, et la compréhension accrue du manque d'accès dans le système pénitencier.
- Nécessité d'une plus grande sensibilisation aux toxicomanies.
- Il y a eu beaucoup de discussions sur la façon d'apporter le changement, mais réellement j'ai besoin de voir la preuve qu'il y aura du changement plutôt que de s'asseoir et en parler. Il fallait que ce soit davantage axé sur le consommateur, plutôt que simplement un panel et ensuite des discussions.
- Je suis un fournisseur de soins de santé mentale, je crois que j'étais conscient des enjeux.
- Je suis d'avis que d'ouvrir une vraie collaboration a toujours été le plus grand enjeu auquel ont dû faire face les prestataires de soins de santé mentale.
- Pas spécifiquement.
- Certaines présentations tout à fait excellentes.
- Les problèmes communs de manque de ressources et les problèmes de système qui ont une incidence sur la satisfaction de la prestation de services.
- Familier avec les problèmes du fournisseur.
- En tant que fournisseur de soins de santé je suis assez conscient.

**Avez-vous agi sur n'importe quelle des recommandations formulées au cours du forum?**

Oui	11	28,21 %
Non	12	30,77 %

- Je continue d'être un défenseur de la réduction de la stigmatisation et j'essaie de mon mieux de faire une différence avec les choses que je fais à l'égard de la santé mentale et je ne suis qu'une seule personne, mais il peut y avoir un effet boule de neige.
- En cherchant des solutions qui incluent mais qui vont au-delà des systèmes de prestation biomédicale en prédominance.
- Fait des entrevues afin de discuter du modèle de soins intégrés plutôt que le modèle de continuum de soins.
- Dans la mesure du possible et lorsque des possibilités sont survenues.
- Les discussions au sujet de la stigmatisation, les obstacles au traitement.
- Impossible dans mon poste actuel.
- Pas spécifiquement.
- Je n'étais pas présent lorsque les recommandations ont été faites.
- Communiquer les conclusions aux intervenants pertinents.
- Fait de nouveaux amis et travaille avec eux.
- Voir les commentaires précédents concernant l'engagement des consommateurs.
- De façon générique étant donné qu'elles se rapportent au système américain.

- Les problèmes communs de manque de ressources et les problèmes de système qui ont une incidence sur la satisfaction de la prestation de services.
- La capacité de mise en œuvre est limitée.
- Il est difficile, ceux qui ont participé au forum ont un intérêt élevé à apporter ces changements et à les voir se matérialiser... mais ce n'est pas la règle, dans le vrai monde.

### **Est-ce que votre participation au forum a influencé votre pratique/travail?**

Oui	19	48,72 %
Non	5	12,82 %

- Elle m'a rendu plus passionné au sujet de la santé mentale et encore plus - je veux faire une différence avec la connaissance que j'ai du domaine. Je veux commencer à entrer dans le domaine en faisant du bénévolat pour faire une différence.
- Ce que j'ai appris au forum a influencé ma façon de penser au sujet de mon travail; la mise en œuvre des changements n'est pas possible, compte tenu de mon poste actuel.
- A accru la sensibilité au contexte social plus vaste et aux problèmes d'inclusion sociale.
- Je suis davantage sensibilisé aux enjeux auxquels font face les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les prestataires de soins de santé mentale.
- J'ai étendu mon cadre de référence basé sur mon expérience internationale en Australie.
- Ma thèse de MBA en cours.
- Encore ici, surtout l'affirmation et le renforcement.
- A influencé les communications « révélatrices » élaborées pour les membres.
- Une plus grande sensibilisation aux enjeux et aux obstacles, a créé des programmes libres d'obstacle.
- Propositions de recherche.
- Elle a fourni des données pour le travail que je fais.
- Je poursuis dans la même veine qu'auparavant.
- Les problèmes d'accès sont pertinents à la situation aux États-Unis.
- Soulevé une certaine conscience.
- M'a rendu davantage engagé à acquérir une perspective du consommateur et de la famille sur les services et la pratique.
- Quelque peu, en regardant à inclure les groupes de soutien dans les options offertes aux patients... j'ai entamé un projet de recherche pour rendre la thérapie à distance disponible dans les communautés éloignées - en attente de fonds.

### **Avez-vous communiqué avec certaines personnes que vous avez rencontrées au forum?**

Oui (veuillez nous dire avec combien de personnes et de quelle façon - courriel, téléphone, etc.)	14	35,90 %
Non	10	25,64 %

- J'ai eu un échange par courriel avec une personne mais elle ne m'a pas encore répondu. J'espère lui envoyer encore un courriel pour voir si elle a besoin de mes compétences.
- 2-3 courriels.
- 10 : travail, téléphone, courriel, en personne.
- Oui, dans d'autres forums où nous collaborons.
- Brièvement par courriel pour discuter de la recherche sur les dossiers de santé électroniques par le Conference Board of Canada.
- Environ cinq par courriel, téléphone ou réunions en personne.
- Par téléphone, courriel, en face-à-face étant donné que je travaille avec deux autres participants assez étroitement.
- Karen Cohen et l'ASM canadienne.
- Par l'ACMMSM.
- Environ six en personne.
- Par courriel, avec deux personnes.

### **Avez-vous pris des mesures pour diffuser ce que vous avez appris au forum?**

Oui	21	53,85 %
Non	3	7,69 %

- Je m'assure toujours de communiquer ce que j'ai appris aux autres. Je me dis que les autres ont besoin de savoir ce que j'ai appris de manière à ce que les personnes puissent être averties et fassent passer le mot et le diffuser.
- Partage d'idées/information avec des collègues dans ma profession et avec d'autres membres de mon équipe clinique.
- 1. Utilisé des exemples des difficultés des patients et des membres de la famille, le fardeau/données de prévalence et l'information contextuelle sociopolitique dans un document et dans des discussions avec les collègues. Utilisé l'information du D<sup>r</sup> Drapeau dans une réunion.
- Dans ma salle de classe à l'université, au cours des discussions.
- J'ai partagé l'expérience d'un fournisseur FP sur la réduction des temps d'attente en Alberta avec plusieurs organisations y compris la Wait Time Alliance de l'AMC.

- Partage avec les membres du conseil d'administration, la famille et les amis.
- À mesure que nous faisons progresser les modèles de soins et la représentation, le processus du forum de santé mentale et les connaissances acquises ont aidé à mettre en lumière l'intérêt et l'énergie dans cette entreprise. C'était renforçant.
- Article CONTACT mentionné précédemment.
- Partager la documentation et rencontre pour parler avec d'autres.
- Publication dans une revue professionnelle provinciale.
- Inclus dans nos communications d'association.
- Informé le conseil d'administration.
- Rencontres du personnel.
- Pas spécifiquement mais j'ai intégré ce que j'ai appris dans ma pratique et la recherche.

**Veillez ajouter tout autre commentaire additionnel que vous pourriez avoir au sujet du forum ou votre participation.**

- Je serais intéressé à assister à d'autres forums et événements à l'avenir. Je veux aider autant que possible- cependant il se pourrait que cette fois il ne s'agisse pas de politiques de santé mentale étant donné que je n'ai pas cette connaissance de tous les termes qui sont utilisés. Autrement, j'ai vraiment apprécié faire partie du forum et j'espère que je serai en mesure de faire partie de quelque chose dans la même veine dans un avenir proche!
- Les résultats du forum doivent être diffusés au gouvernement provincial/territorial et au forum FPT comme l'ACHDHR pour leur édification et influencer les discussions sur l'Accord de 2014. Le rapport peut être utilisé dans le cadre d'une justification appuyant les documents qui fournissent des solutions à considérer par les gouvernements individuellement et collectivement.
- Je serais heureux de participer encore.
- Les anecdotes personnelles, comme celle de Joe Canada, ont eu beaucoup d'impact.
- Bon forum-- Je suis dans le secteur de la politique en SM et je vais très certainement tenter de façonner la politique pour améliorer l'accès conséquemment aux thèmes et recommandations du forum.
- Le forum a été très bien organisé, merci. Nous attendons avec impatience de voir l'ébauche de rapport après le 17 mars étant donné que la prochaine chose sera de voir comment l'information partagée au forum ira de l'avant pour influencer la politique.
- En tant que fournisseur de soins de santé de plus grandes occasions d'interagir avec les consommateurs dans les discussions en petit groupe auraient été d'un très grand intérêt pour moi. En tant que fournisseur de soins de santé de première ligne, je ne crois pas avoir beaucoup d'influence sur le financement des services - cependant je siège à un comité national et à un comité régional qui me donnent une certaine voix - J'ai siégé à ces comités avant le forum.

- J'aurais aimé avoir plus de temps pour le réseautage - le facilitateur aurait pu mieux faire pour tenir le temps des panélistes.
- Ce forum a donné une excellente occasion d'apprendre au sujet des enjeux, des obstacles et des actions nécessaires pour s'attaquer à l'accès aux soins de santé mentale. Je recommande que ce type de forum soit offert à ceux, qui comme moi, travaillent dans les secteurs de la politique et travaillent aussi à l'extérieur du domaine de la santé mentale. Il a grandement augmenté ma compréhension des enjeux et du travail formidable qui se fait dans le domaine. Et il a influencé mon travail.
- Est-ce qu'un rapport final sera publié sous peu? Il serait utile pour appuyer la diffusion et la représentation.
- Il s'agit là d'une excellente expérience et un modèle que je l'espère sera repris à l'avenir.
- Je suis content d'avoir été invité à participer. J'espère que la situation aux États-Unis a ajouté au contexte. Il est toujours intéressant de voir comment ces problèmes se manifestent dans un autre système de soins de santé.
- On se sent bien dans ces forums au moment, mais inévitablement ils sont assez déconnectés de la réalité de la prise de décisions.
- J'ai partagé les documents qui ont été fournis sur la clé USB et par courriel. Il serait bon de garder les recommandations en circulation d'une façon ou d'une autre entre les participants de manière à ce que nous puissions voir leur impact sur différents secteurs au Canada.
- Il s'agit d'un forum utile en raison des différentes perspectives et de la discussion qu'il a suscitée.
- C'était un forum excellent, j'espère que les décideurs qui étaient présents reconnaissent la réalité des troubles de santé mentale communs et comment il y a un besoin de travailler à l'horizontale avec différentes administrations, ministères, organismes, employeurs, etc.

## ANNEXE A

### ORDRE DU JOUR DU FORUM

Ordre du jour du forum : 5 octobre 2010 - Jour 1		
Heure	Activité	Conférencier(s)
12 h – 13 h	Inscription (le dîner n'est pas offert le jour 1)	
13 h – 13 h 30	Mot de bienvenue et remarques préliminaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitateur, M. Bernard Gauthier, Delta Media</li> <li>○ Coprésidente de la Table de la santé mentale, D<sup>re</sup> Karen Cohen</li> <li>○ Secrétaire parlementaire, D<sup>r</sup> Colin Carrie</li> <li>○ Commission de la santé mentale du Canada, vice-président, D<sup>r</sup> Fern Stockdale-Winder</li> </ul>
13 h 30 – 14 h 30	<u>Séance plénière 1</u> : Soins axés sur le client	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Remarques préliminaires par Phil Upshall, Commission de la santé mentale du Canada, conseiller, Relations avec les intervenants</li> <li>○ Panel sur les consommateurs</li> </ul>
14 h 30 – 15 h 30	<u>Séance en atelier 1</u> 1. Dans quelle mesure les <u>prestataires</u> comblent les besoins des consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? 2. Dans quelle mesure les <u>systèmes</u> appuient bien les prestataires et les consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? 3. Quelles sont les lacunes et les occasions pour mieux appairer la demande à l'offre de services et de soutiens en santé mentale? 4. Quelles pourraient être certaines des modifications à	

	court et à plus ou moins long terme qui pourraient être apportées de manière à ce que les services et le soutien soient davantage axés sur le client et plus accessibles?	
15 h 30- 16 h	Pause rafraîchissement	
16 h – 17 h	Retour de l'atelier	
17 h – 18 h 30	<u>Séance plénière 2</u> : Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ David Morris (en personne), professeur de santé mentale, Inclusion and Community &amp; Director, Inclusion Institute, International School for Communities, Rights and Inclusion (University of Central Lancashire, R.-U.)</li> <li>○ D<sup>r</sup> David Shern (en personne), président et PDG, Mental Health America (U.S.A.)</li> <li>○ Professeure Lyn Littlefield (par skype), directrice générale, The Australian Psychological Society</li> </ul>
18 h 30 – 19 h 30	Souper et conclusion du jour 1	Facilitateur

<b>Ordre du jour : 6 octobre 2010 - Jour 2</b>		
<i>Heure</i>	<i>Activité</i>	<i>Conférencier</i>
7 h 30 – 8 h	Déjeuner	
8 h – 8 h 05	Bienvenue au jour 2	Facilitateur
8 h 05 – 8 h 45	Examen de la consultation en matière de stratégie de la CSMC : rétroaction en ce qui concerne les services et le soutien	D <sup>r</sup> Howard Chodos, conseiller spécial, Stratégie en santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada
8 h 45 – 9 h 30	<u>Séance plénière 3</u> : Soins de santé mentale fondés sur des données probantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ D<sup>r</sup> Jean Grenier, École de psychologie et Département de médecine familiale, Université d'Ottawa; Hôpital Montfort; équipe de santé familiale Clarence-Rockland</li> <li>○ D<sup>re</sup> Marie-Hélène Chomienne, faculté de médecine, Université d'Ottawa et Centre de recherche en soins de santé primaires C.T. Lamont, Institut de</li> </ul>



		recherche Élisabeth Bruyère
9 h 30 – 9 h 45	Pause rafraîchissement	
9 h 45 – 11 h	<u>Séance plénière 4 :</u> Panel sur le mélange de prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ D<sup>r</sup> Roger Bland, professeur émérite, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta</li> <li>○ D<sup>re</sup> Sandra Moll, professeure adjointe, School of Rehabilitation Science, Université McMaster</li> <li>○ D<sup>r</sup> Robert Wedel, médecin de famille, Taber, Alberta</li> <li>○ D<sup>r</sup> Martin Drapeau, professeur adjoint de psychologie du counseling et membre associé en psychiatrie, Université McGill</li> </ul>
11 h – 12 h	<u>Séance en atelier 2 :</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dans quelle mesure y a-t-il appariement entre ce que les preuves démontrent comme pratique exemplaire et ce qui est accessible? Où sont les lacunes?</li> <li>2. Quels sont les obstacles et les occasions pour constituer une équipe qui fonctionne?</li> <li>3. Quel changement faut-il apporter au système pour appuyer la création et le fonctionnement d'équipes et de services qui assurent la prestation de soins fondés sur des données factuelles?</li> <li>4. Quels autres genres de modifications sont nécessaires afin d'assurer le bon service, du bon fournisseur, à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit? (p. ex. des changements à la culture et au contexte du milieu de travail, des</li> </ol>	

	changements à l'attitude du fournisseur, des changements aux attentes du client)	
12 h – 12 h 45	Dîner de réseautage	
12 h 45 – 13 h 45	Retour	
13 h 45 – 14:15	<u>Séance en atelier 3</u> : Prochaines étapes pour s'attaquer aux problèmes d'accès <i>(rafraîchissements servis)</i>	
14:15 – 15 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Discussion avec les coprésidents de la Table de la santé mentale et conclusion</li> <li>○ Tirage pour les évaluations remplies</li> </ul>	D <sup>re</sup> Karen Cohen et D <sup>re</sup> Francine Lemire

## ANNEXE B

### LISTE DES CONFÉRENCIERS<sup>§</sup>

#### ***Mot de bienvenue préliminaire***

Colin Carrie, B.SC. (HON.), D.C., secrétaire parlementaire, gouvernement du Canada  
Fern Stockdale Winder, Ph.D., vice-président, Commission de la santé mentale du Canada  
M. Phil Upshall, conseiller en Relations avec les intervenants, Commission de la santé mentale du Canada

#### ***Séance plénière 1 : Soins axés sur le client (panel sur les consommateurs)***

Petey  
M. Joe Canada  
M. Chris Summerville  
M. Michael Villeneuve

#### ***Séance plénière 2 : Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien***

David Shern, Ph.D.  
David Morris, Ph.D., BA, CQSW, DASS  
Lyn Littlefield, OAM FAPS FAICD FAIM, B.Sc., Dip.Ed., BSc (Hons), M.Psych., Ph.D.

#### ***Séance plénière 3 : Soins de santé mentale fondés sur des données probantes***

Jean Grenier, Ph.D., Psych. A.  
Marie-Hélène Chomienne, M.D.

#### ***Séance plénière 4 : Panel sur le mélange de prestation des services***

Roger C. Bland, MB CHB FRCPC FRCPSYCH  
Sandra Moll, Ph.D.  
Martin Drapeau, M.Ps., Ph.D.  
Rob Wedel, BTh, BSc, MD, CCFP, FCFP

#### ***Séance plénière : Examen de la consultation en matière de stratégie de la CSMC : rétroaction en ce qui concerne les services et le soutien***

Howard Chodos, Ph.D.

---

<sup>§</sup> Notez que les titres des conférenciers ont été présentés tels qu'ils nous les ont soumis.

## ANNEXE C

### Biographies des conférenciers\*\*

#### D<sup>R</sup> COLIN CARRIE, B.SC. (SPEC.), D.C.

Colin Carrie a été élu la première fois à la Chambre des communes en juin 2004 et réélu en janvier 2006 et octobre 2008.

En novembre 2008, il a été nommé secrétaire parlementaire au ministre de la Santé par le très honorable Stephen Harper. Dans le 39<sup>e</sup> Parlement, Colin a servi à titre de secrétaire parlementaire au ministre de l'Industrie.

Colin est engagé à assurer que l'industrie de l'automobile d'Oshawa demeure la fierté d'Oshawa. Lorsqu'il a été élu en 2004, sa passion, son engagement et sa connaissance de l'industrie automobile du Canada l'a mené à créer le tout premier caucus automobile conservateur, et agissant à titre de président fondateur.

À titre de secrétaire parlementaire au ministre de l'Industrie et membre influant du Comité de l'industrie de la Chambre des communes, il a mis de l'avant une enquête sans précédent sur l'état des industries de la fabrication en Ontario, ce qui a mené au rapport qui a fait date intitulé Le secteur manufacturier : « Des défis qui nous forcent à agir ». Colin a aussi contribué à l'élaboration du plan d'action de l'auto du gouvernement fédéral.

Au cours du 38<sup>e</sup> Parlement, Colin a siégé à titre de membre du Comité permanent sur la santé. Il a réintroduit le projet de loi C-420, *une Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues* et fait des représentations pour un plus grand choix en soins de santé personnels et en produits de santé naturels pour les Canadiens.

Diplômé de RS McLaughlin CVI d'Oshawa, Colin a obtenu un baccalauréat en cinésiologie de l'Université de Waterloo et a plus tard obtenu un doctorat en chiropractie en 1989 du Canadian Memorial Chiropractic College. Avant d'être élu au Parlement, Colin a été le copropriétaire et exploité l'une des premières cliniques de chiropractie et de mieux-être de la région de Durham à Oshawa.

Colin est membre exécutif de la Durham Chiropractic Society, ancien président de la Spinal Health Week et ancien directeur de l'Association de comtés du Parti progressiste-conservateur fédéral d'Oshawa. Il est un grand défenseur des enfants autistes, des victimes de l'hépatite C et des familles affligées par le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

---

\*\* Veuillez noter qu'en raison des demandes d'anonymat de la part de certains des panélistes sur les consommateurs, les biographies ne sont pas fournies pour le panel sur les consommateurs.

Colin a vécu à Oshawa pendant plus de 30 ans, lui et sa conjointe Elizabeth ont trois jeunes enfants.

### **FERN STOCKDALE WINDER, Ph.D.**

Récemment nommée vice-présidente du conseil d'administration pour la Commission de la santé mentale du Canada, Fern a orienté et dirigé les travaux de la Commission pendant plus de trois ans. Elle était vérificatrice du Comité de vérification et des finances de 2007 à 2010 et elle est maintenant présidente du Comité des ressources humaines et vice-présidente du conseil d'administration. Elle a une connaissance approfondie du travail de la Commission et travaille en étroite collaboration avec l'équipe de direction.

Elle occupe actuellement un poste de psychologue dans l'unité de patients hospitalisés des Services de réadaptation et de gériatrie de l'hôpital de la ville de Saskatoon. Elle compte plus de 14 années d'expérience de travail en tant que psychologue clinique entre autres dans des services de consultation externe de réadaptation, dans les services de counseling étudiant et à titre de directrice de psychologie en santé clinique et leader professionnelle de la psychologie de la Saskatoon Health Region.

Fern possède un Ph.D. en psychologie clinique de l'Université de la Saskatchewan et a suivi son internat prédoctoral à l'Hôpital de Nouvelle-Écosse à Dartmouth.

Elle est affiliée professionnelle avec le Département de psychologie, Université de Saskatchewan et participe aux activités de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. À titre de professionnelle de la santé elle fait des présentations dans le cadre du programme de partenariat de la section de Saskatoon de la Schizophrenia Society of Saskatchewan.

### **PHIL UPSHALL**

Phil Upshall est né à Winnipeg, au Manitoba, a fait des études à l'Université Dalhousie, de Halifax, (B.Com. 1965) et à l'Université de Toronto (licence en droit 1967). Il a été admis au Barreau de l'Ontario en 1969. En 1991, un diagnostic de trouble affectif bipolaire a été posé pour Phil Upshall. De 1991 à 1995, il a géré les problèmes qui découlent de sa maladie. Actuellement, Phil est conseiller spécial sur les relations avec les intervenants pour la Commission de la santé mentale du Canada et directeur intérimaire des Partenaires du Programme de santé mentale de la CSMC, le programme qui lancera un important mouvement social en santé mentale.

Phil a été membre du Conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies et il a été membre d'un certain nombre de groupes d'experts pour Statistique Canada, Santé Canada, l'ICIS et autres. Il est le directeur général national sortant de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM). Phil a géré la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales (SSMM) pendant quatre ans et a été le gestionnaire de projet pour la phase 2 de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.

Phil est le directeur général national de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada (STHC), un ONG national dont le mandat est de représenter les intérêts des consommateurs et des familles aux prises avec la dépression, le trouble bipolaire et d'autres troubles de l'humeur connexes. Le site Web de la STHC contient la recherche approfondie axée sur le client entreprise par la STHC sur la relation du trouble bipolaire et le problème de jeu compulsif, la stigmatisation, les délais d'attente pour les patients en psychiatrie dans la salle d'urgence et les questions relatives à la sécurité culturelle et les endroits sécuritaires. Il est professeur auxiliaire au Département de psychiatrie, de l'Université Dalhousie. Il est un des premiers membres du conseil d'administration nommés à la Fondation de Postes Canada pour la santé mentale et membre du Conseil consultatif de la Chaire en recherche du Canada, en euroéthique, de l'Université de Colombie-Britannique.

***Conférenciers de la séance plénière 2 : Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien***

**D<sup>R</sup> DAVID SHERN** (Ph.D.) est président et PDG de Mental Health America (MHA), après avoir occupé plusieurs postes où il a aidé à la réingénierie des systèmes de soins de santé mentale au Colorado, dans l'État de New York et la Floride et par d'autres efforts de réforme nationale. Immédiatement après être entré à la MHA en 2006, D<sup>r</sup> Shern a été doyen de la Louis de la Parte Florida Mental Health Institute (FMHI) à l'University of South Florida. D<sup>r</sup> Shern a été le chercheur principal ou coprincipal sur des projets de recherche financés par le National Institute of Mental Health, Substance Abuse & Mental Health Services Administration, pour la Florida Agency for Health Care Administration, Robert Wood Johnson Foundation et la National Alliance on Mental Illness, entre autres, recevant un appui totalisant plus de 20 millions de dollars. Sa recherche a inclus des études sur le besoin de services communautaires, les effets de stratégies différentes organisationnelles, de financement et de prestation des services sur la continuité des soins et le résultat pour les clients et l'utilisation de stratégies de prestation de services de rechange.

**PROFESSEUR DAVID MORRIS (Ph.D., BA, CQSW, DASS)** est professeur de santé mentale, Inclusion and Community au International School for Communities, Rights and Inclusion, University of Central Lancashire and Director of the Inclusion Institute, un centre pour l'apprentissage, le fondement, l'innovation et la pratique de l'inclusion et la communauté. Il occupe un poste de Visiting Academic Associate à l'Institute of Psychiatry, Kings College, Londres.

Au préalable, David était directeur du National Social Inclusion Programme (NSIP) intergouvernemental au National Institute for Mental Health en Angleterre. Avant de mettre sur pied le NSIP en 2004, David a travaillé avec le Social Exclusion Unit à ce qui était autrefois l'Office of the Deputy Prime Minister dans la production du rapport national « Mental Health and Social Exclusion », devenant responsable par le NSIP, de la mise en œuvre des 27 recommandations du rapport dans tout le gouvernement. Dans ce rôle il a travaillé avec les universités, les collèges professionnels, les services de santé primaires et spécialisés en santé mentale et une vaste gamme d'organisations légales et non gouvernementales au-delà du

secteur de la santé mentale ainsi que les ministères clés du gouvernement du Royaume-Uni. David a aussi contribué au travail de la Prime Minister's Strategy Unit on inclusion et son Social Exclusion Action Plan (2006) et a dirigé la prestation de points d'action clés du rapport pour l'emploi et la santé mentale, appuyant la création du Cabinet Office de la nouvelle Public Service Agreement on Social Inclusion intergouvernementale.

David a depuis longtemps un intérêt en recherche professionnelle et aux études supérieures en inclusion sociale et engagement communautaire. Son programme de recherche au Ph.D. à l'University of Manchester a été les soins primaires et son rôle dans la promotion de l'inclusion de la santé mentale au niveau communautaire. Il a fondé, et dirigé un certain nombre de programmes de développement dans le cadre de partenariat dans le domaine, y compris un Programme de communauté et de citoyenneté en 2002-2003 au Sainsbury Centre for Mental Health et a grandement contribué, par une vaste gamme de rôles de conseiller et consultatifs, de conseils d'administration de programme et de rédaction de revue, de conférences, de recherche, d'apprentissage et de réseaux de leadership à la création de politique et de pratique dans ce domaine.

À l'échelle internationale, David a travaillé pour appuyer les initiatives d'apprentissage et de développement en collaboration sur l'inclusion en Europe, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Amérique latine, et plus récemment il a été invité à faire une tournée de conférences en Australie où il a fait des présentations à une vaste gamme d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. David travaille actuellement à une initiative d'une organisation de santé mondiale sur les soins primaires dans le Health Service and Population Research Department de l'Institute of Psychiatry, à Londres.

Avec des antécédents professionnels en travail social et en gestion des services de santé mentale dans les soins sociaux d'autorité locale, la carrière de David s'est déroulée dans les secteurs officiels et bénévoles, le gouvernement central et local, l'université, les soins sociaux et la santé, où il a dirigé les services en santé mentale et communautaires pour la South Thames Regional Health Authority, subséquemment dans la South East Region de l'exécutif du NHS. Il a aussi tenu les rôles de membre non exécutif ou de président dans des organisations de logement et d'éducation sociales. Il est fellow de la Royal Society of Arts.

### **PROFESSEURE LYN LITTLEFIELD OAM FAPS FAICD FAIM**

**BSc, DipEd, BBS(Hons), MPsych, Ph.D.**

Lyn Littlefield est la directrice générale de l'Australian Psychological Society (APS), l'organisme professionnel national pour les psychologues en Australie qui compte plus de 19 000 membres. (Il y a environ 24 000 psychologues autorisés en Australie – le plus grand effectif en santé mentale.) L'APS représente les psychologues du contexte universitaire et de prestation de services professionnels dans les secteurs public et privé.

Lyn est actuellement la présidente de la Mental Health Professional's Association qui gère le Mental Health Professionals' Network. Lyn est aussi Honorary Executive Officer of Allied Health

Professions Australia, le premier organisme national des plus importantes professions connexes de la santé - représentant plus de 50 000 professionnels de la santé.

Lyn occupe une nomination à titre de professeur de psychologie à La Trobe University et était précédemment la chef de la School of Psychological Science ainsi qu'une psychologue clinique pratiquante dans les contextes communautaires et hospitaliers.

Son travail dans le domaine de la psychologie de l'enfant et familiale a mené à la conceptualisation et à l'établissement de l'initiative du Federal Government's KidsMatter et elle est membre fondatrice du Board of headspace, l'initiative nationale en santé mentale des jeunes.

De façon importante, Lyn est actuellement, ou a récemment été, membre d'un certain nombre de groupes consultatifs, de référence et de travail ministériels pour le gouvernement fédéral s'occupant de santé mentale et de politique de santé, de normes, de prestation de services et de l'effectif, notamment le :

- National Advisory Council on Mental Health
- National Advisory Council on Suicide Prevention
- National Primary Health Care Strategy Expert Reference Group
- National Mental Health Workforce Advisory Group
- National Practice Standards for the Mental Health Workforce

Lyn a aussi grandement participé à la création et à la mise en œuvre de l'initiative Better Outcomes in Mental Health Care and the Better Access to Mental Health Care - Medicare et elle est membre du conseil d'administration du Mental Health Council of Australia.

### **Conférenciers de la séance plénière 3 : Soins de santé mentale fondés sur des données probantes**

#### **D<sup>R</sup> JEAN GRENIER**

D<sup>r</sup> Grenier a reçu un Ph.D. de l'Université d'Ottawa en 1999. Il est psychologue et a des nominations professorales à l'Université d'Ottawa en tant que professeur clinique à l'École de psychologie et professeur adjoint au Département de médecine familiale. D<sup>r</sup> Grenier donne des cours aux études supérieures en psychologie, notamment en thérapie cognito-comportementale et la psychologie en soins primaires. Il enseigne aussi la médecine comportementale aux résidents en médecine familiale à l'Hôpital Montfort.

Pendant les 11 dernières années, D<sup>r</sup> Grenier a supervisé la formation clinique des étudiants au doctorat en psychologie.



Il y a deux ans, D<sup>r</sup> Grenier s'est joint à l'équipe de santé familiale Clarence-Rockland où il supervise son programme de santé mentale primaire. Récemment l'équipe de santé familiale Clarence-Rockland est devenue la première équipe de santé familiale à conclure un partenariat avec l'Université d'Ottawa et sert de site de formation clinique communautaire pour les candidats au doctorat en psychologie.

Les intérêts en recherche de D<sup>r</sup> Grenier se concentrent sur la collaboration interprofessionnelle, le soin en santé mentale primaire et la santé des francophones vivant dans un contexte minoritaire.

#### **D<sup>RE</sup> MARIE-HÉLÈNE CHOMIENNE**

D<sup>re</sup> Chomienne a obtenu un doctorat en médecine à l'Université de Paris VI – Pierre et Marie Curie en 1982 et une maîtrise en épidémiologie à l'Université d'Ottawa en 2004. Elle est médecin de famille et épidémiologiste, et a une nomination professorale à l'Université d'Ottawa en tant que professeure adjointe au Département de médecine familiale.

En 2004, elle est devenue scientifique principale au Centre de recherche en soins de santé primaires C.T. Lamont de l'Institut de recherche Élisabeth Bruyère. Elle travaille actuellement à l'Hôpital Montfort en tant que médecin de famille hospitalière avec des responsabilités cliniques, d'enseignement et de recherche.

Les intérêts en recherche de D<sup>re</sup> Chomienne sont en soins de santé mentale primaires, des déterminants de la santé et l'état de santé des populations minoritaires francophones. D<sup>re</sup> Chomienne s'est aussi concentrée considérablement sur les modèles de services de soins de santé primaires, l'organisation des soins primaires et l'amélioration de la prestation des soins primaires par la collaboration interprofessionnelle.

#### **Conférenciers de la séance plénière 4 : Panel sur la diversité de prestation des services**

**D<sup>R</sup> ROGER C. BLAND (MB CHB FRCPC FRCPSYCH)** est professeur émérite au Département de psychiatrie de l'Université de l'Alberta et en était le directeur de 1990 à 2000. Ses intérêts en recherche ont inclus l'épidémiologie psychiatrique, le résultat à long terme des troubles mentaux, la distribution familiale des troubles, les comportements suicidaires et la santé mentale en soins primaires. Il a siégé pendant de nombreuses années en tant que membre du conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada et il est actuellement membre du Groupe de travail en collaboration SCP/CMFC sur les soins de santé mentale partagés.

Il a occupé un certain nombre de postes administratifs en santé mentale au gouvernement de l'Alberta, et a notamment été sous-ministre adjoint pour la santé mentale et directeur médical de l'Alberta Mental Health Board. Il a travaillé en soins de santé mentale primaires et travaille actuellement avec le programme d'intervention de crise communautaire.

**D<sup>RE</sup> SANDRA MOLL** a été ergothérapeute pendant 22 ans. Son travail clinique s'est principalement déroulé dans le contexte de la santé mentale communautaires, fournissant du soutien aux individus ayant des maladies mentales graves. Elle a récemment obtenu son Ph.D. à l'Université de Toronto, soutenue par une bourse de formation des IRSC en recherche, politique et services en toxicomanies et santé mentale. Sa recherche doctorale a exploré les forces institutionnelles qui façonnent l'expérience des travailleurs en soins de santé avec des problèmes de santé mentale. Elle est actuellement membre du corps enseignant à la School of Rehabilitation Science de l'Université McMaster.

**D<sup>R</sup> MARTIN DRAPEAU** (M.Ps., Ph.D.) est un psychologue clinique et professeur adjoint de psychologie du counseling et de psychiatrie à l'Université McGill. Il est boursier de recherche FRSQ et a été nommé professeur auxiliaire de psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke. Il participe à un certain nombre de projets de recherche ou les dirige et a publié dans le domaine du processus de psychothérapie et de psychopathologie. D<sup>r</sup> Drapeau est aussi vice-président de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et siège à son conseil d'administration et son Comité exécutif. Il préside le comité pour l'éducation permanente de l'OPQ. Il a récemment été élu au American Psychological Association Council of Representatives et a été nommé à un certain nombre de comités d'élaboration de lignes directrices de pratique à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec.

**D<sup>R</sup> ROB WEDEL** (BTh, BSc, MD, CCFP, FCFP) a été médecin de famille à Taber, en Alberta pendant plus de 30 ans, et il est le directeur médical du Chinook Regional Palliative Care Program. Il est le directeur médecin sortant du Chinook Primary Care Network et coprésident de Alberta AIM, une initiative d'amélioration de la qualité en Alberta. Il est professeur clinique adjoint aux départements de médecine familiale, à l'Université de Calgary et à l'Université de l'Alberta. Il est un ancien président national du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et un fellow du même Collège des médecins de famille du Canada. Il préside le Comité consultatif sur la pratique familiale et le Comité d'histoire et de description du CMFC. D<sup>r</sup> Wedel a récemment reçu un prix d'excellence en recherche clinique de la faculté de médecine de l'Université de Calgary et le prix en recherche médicale de l'Alberta Heritage Foundation pour la vision et le leadership organisationnels. Il est récipiendaire du prix de distinction du 2010 Alberta Rural Physician.

***Séance plénière : Examen de la consultation en matière de stratégie de la CSMC :  
rétroaction en ce qui concerne les services et le soutien***

**HOWARD CHODOS**, Ph.D., est un conseiller spécial en stratégie en santé mentale pour la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Howard a été la première personne employée par la CSMC et travaille en étroite collaboration avec l'ancien sénateur Michael Kirby, le président de la CSMC, pour démarrer la Commission après sa création par le gouvernement du Canada en mars 2007.

Sous son leadership, la Commission a terminé la première phase de l'élaboration d'une stratégie en santé mentale pour le Canada en novembre 2009, avec le lancement d'un

document-cadre, *Vers le rétablissement et le bien-être*. La deuxième étape de ce processus est maintenant en cours et se concentrera sur la création d'un plan stratégique pour atteindre les sept buts décrits dans le cadre.

Avant d'entrer à la Commission, Howard Chodos avait été un analyste avec le service de recherche de la Bibliothèque du Parlement depuis 2000. En cette capacité, Howard a été l'auteur principal du rapport final sur la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies du Comité des affaires sociales du Sénat – *De l'ombre à la lumière* – qui a recommandé la création de la Commission de la santé mentale du Canada. Auparavant, Howard a aidé dans la recherche et la rédaction de plusieurs rapports d'influence du Comité des affaires sociales du Sénat sur le système de soins de santé au Canada.

Howard a terminé ses études de premier cycle à l'Université York de Toronto et fait des études supérieures en science politique à l'University of Manchester, en Angleterre. Il a par la suite obtenu une bourse postdoctorale du CRSH à la School of Public Administration de l'Université Carleton et, en reconnaissance pour sa contribution à la politique en santé mentale du Canada, Howard a été nommé professeur auxiliaire par la faculté des sciences de la santé à l'Université Simon Fraser.

## ANNEXE D

### Résumé des présentations en séances plénières

*Soins axés sur le client  
Présentation des panélistes :  
Chris Summerville*

Chris a parlé à titre de PDG de la Société canadienne de schizophrénie, membre du conseil d'administration de la Commission de la santé mentale du Canada et quelqu'un qui a vécu le problème, personnellement et dans sa famille.

Chris a souligné les besoins clés dans la prestation de soins de santé mentale. Il faut s'attarder davantage aux adaptations du lieu de travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Un autre besoin est le logement sécuritaire et abordable. Il a aussi fait valoir que la politique, les tâches administratives et les listes d'attente sont venues faire oublier aux cliniciens la raison pour laquelle ils étaient entrés dans leur profession.

Chris a noté l'importance d'aller de l'avant dans un système axé sur le rétablissement, où nous vivons de telle manière qui nous amène au-delà de nos limites. Il a aussi fait remarquer que nous avons besoin d'une prise de décisions partagée, qui est fondée sur les valeurs centrées sur la personne, l'autonomie, la collaboration, l'engagement, mais qui soutient aussi l'accès à de l'information factuelle non biaisée sur l'accès et les interventions.

Les patients doivent participer et on doit leur permettre d'apporter leur perspective, leurs buts, leur vision du plan de rétablissement; les discussions doivent aussi porter et engager la famille de la personne et le système de soutien. En dernier lieu, Chris a noté qu'il arrive parfois que les personnes se rétablissent de la façon avec laquelle ils ont été traités, par conséquent ce qui nous oblige à passer à un modèle fondé sur le consentement éclairé qui est fondé sur le choix éclairé.

*Soins axés sur le client  
Présentation au panel :  
Joe Canada<sup>††</sup>*

Joe Canada a commencé sa présentation en donnant un aperçu contextuel de certaines des difficultés qu'il a éprouvées jusqu'en mai 2008, notamment : il a souffert d'insatisfaction générale par rapport à la vie, à travailler pour plaire aux autres, à succomber à des tendances de perfectionnisme, d'entreprendre un trop grand nombre de tâches, de se pousser jusqu'aux limites sur de nombreux fronts et de se négliger lui-même et ses relations personnelles.

---

<sup>††</sup> Joe Canada a fait une présentation sous un pseudonyme.

Il a ensuite présenté un calendrier des événements clés dans son rétablissement. En novembre 2007, il a commencé à voir un psychologue. En mai 2008, il était entièrement en burn out et un mois plus tard, contemplant le suicide. Au début juillet 2008, il faisait une progression constante avec le soutien de son psychologue, de son partenaire et de son médecin de famille et sa participation à des séances de thérapie de groupe sur l'anxiété et l'assertivité. En janvier 2009, il a commencé à élaborer son plan de retour au travail (PRT) et a souffert d'une attaque d'anxiété au cours du processus; 2-3 mois plus tard il a recommencé à travailler sur ses PRT avec un spécialiste de la transition nommé par son régime d'assurance. En juin 2009, il a commencé un PRT graduel à son ancien bureau et son ancien poste; aujourd'hui, il est actuellement de retour à plein temps au travail, mais dans un autre ministère.

Certains des changements de vie fondamentaux que Joe a faits pendant son rétablissement sont notamment les suivants : modification complète de son régime, l'augmentation et l'amélioration de la qualité de son sommeil, l'engagement dans de l'activité physique régulière, l'élaboration de différentes autoperspectives, l'élaboration de la conscience de soi et des aptitudes au questionnement, l'apprentissage de limite à son sens de responsabilité, l'acquisition d'une meilleure compréhension de l'anxiété, la réduction de sa dépendance sur la validation externe, l'élaboration de l'assertivité et la vigilance quant aux sentiments ou aux comportements négatifs.

Joe a ensuite décrit ses expériences de retour au travail, qui se sont produites sur une période de six semaines avec des augmentations lentes dans ses responsabilités et ses niveaux de stress. Il était extrêmement inquiet de la façon que sa situation serait perçue. Les problèmes de santé mentale n'ont pas fait l'objet de discussion ouverte dans son milieu de travail. Il avait une meilleure idée de ses limites et était en mesure d'affirmer son besoin d'accommodement dans le milieu de travail. Même s'il se réintérait bien avec ses collègues, il a remarqué que la direction n'était pas en mesure ou ne voulait pas s'engager sur le sujet. En conséquence, sa relation avec la direction n'a jamais été restaurée au niveau d'avant son congé; le haut niveau de confiance et de responsabilité dont il avait joui n'a jamais été réétabli et on ne lui a pas donné la possibilité de démontrer entièrement ses capacités; conséquemment, il est passé à un autre ministère, laissant le travail qu'il aimait seulement six mois après son retour. Il est actuellement entièrement engagé et excelle à son nouveau ministère. Il indique que la seule différence dans la direction des deux ministères est la connaissance de son congé de maladie.

Joe a conclu sa présentation avec un résumé des diverses raisons de son succès, notamment : le Programme d'aide aux employés (PAE), l'invalidité de courte et longue durée, un emploi assuré, un partenaire sur qui compter, deux bons salaires, aucun enfant à charge ou de parents malades à soutenir, l'accès à un psychologue pour des visites fréquentes et régulières, l'accès à des séances de thérapie de groupe, un médecin de famille sur qui compter, la détermination personnelle, l'engagement et l'éducation, il n'avait pas d'autres problèmes de santé, l'accès à un spécialiste de la transition au PRT et l'exigence mandatée que son employeur l'accommode.

*Soins axés sur le client  
Présentation au panel :  
Petey*

*Vous trouverez ci-dessous la traduction du discours verbatim qu'a donné Petey au forum (plutôt qu'un résumé de son discours); il est inclus ici dans son entièreté à sa demande et avec sa permission.*

Mon nom est Petey. J'ai 23 ans et je travaille pour l'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry (ACSEF). Je suis étudiante à l'Université d'Ottawa. Je suis ici pour vous parler des services en santé mentale, ou du manque de services, dans les prisons. Je suis une « cliente de santé mentale » depuis 2006 dans les systèmes de jeunes et d'adultes. Avant janvier 2010, j'étais sans diagnostic. Cependant, à l'Établissement Grand Valley pour femmes (EGV), un pénitencier fédéral pour femmes, on a dit au psychologue chargé de mon évaluation qu'elle avait pour but la libération conditionnelle. Elle a alors décidé, contrairement à sa première évaluation en 2008, que je devrais être diagnostiquée d'un *trouble de la personnalité NOS (non autrement spécifié)*.

J'ai été déclarée coupable de meurtre au premier degré. J'ai accepté la responsabilité de mon crime et j'ai été documentée comme à faible risque. Le juge qui a prononcé ma sentence a même déclaré que mon crime était circonstanciel. Malgré cela, Service correctionnel Canada, est convaincu que je *dois* participer à du counseling psychologique pendant la durée entière de ma sentence parce que « quelque chose doit ne pas tourner bien avec moi ». Par conséquent, le counseling est l'une des conditions obligatoires de ma libération conditionnelle. Si je ne « m'engage pas activement » dans le counseling, je retourne en prison. Cet ordre de counseling obligatoire est littéralement de la coercition, qui viole de façon flagrante mes droits parce que personne ne devrait être forcé de participer à la thérapie.

Lorsque je suis d'abord arrivée à l'EGV, j'ai demandé du counseling pour essayer de comprendre mon passé horrible, et mes expériences traumatisantes dans le système pénitencier. On m'a mis sur une liste d'attente pendant sept mois et j'ai dû remuer ciel et terre pour obtenir un thérapeute. Après ces sept mois, on m'a assigné à un psychologue. Lorsqu'il est devenu apparent que nous étions irrémédiablement incompatibles, j'ai demandé un thérapeute différent. Malheureusement, le psychologue à qui on m'a assigné croyait que cela n'était pas nécessaire et que je ne devrais pas avoir de rétroaction sur la personne qui me soigne, parce que je n'étais qu'une prisonnière. Il a fallu un autre huit mois, ainsi que les interventions de l'enquêteur correctionnel et du juge qui avait prononcé ma sentence, avant qu'un échange soit organisé. Il n'y a eu absolument aucun problème avec le deuxième thérapeute.

Il est très important pour les femmes dans le système d'avoir accès à des conseillers avec qui elles se sentent confortables. Il est insensé de divulguer les secrets les plus intimes de votre vie, et vos sentiments, à une personne dans laquelle vous n'avez pas confiance. Cela est particulièrement vrai lorsque vous avez vécu une vie d'abus, comme c'est le cas de la plupart

des femmes qui sont emprisonnées. L'étiquette « docteur » ne fait pas de vous un dieu. Cela ne signifie pas que tout le monde sera d'accord avec vous. Et ce n'est pas une question de fierté. Le point de mire doit être sur le patient. Je sais que les femmes en prison ne peuvent pas s'attendre à ce qu'on réponde à leur moindre désir parce que le système n'a pas les ressources pour que toutes les personnes aient le psychologue parfait et compatible; cependant, l'autre extrême, comme dans mon cas, est simplement pathétique. Pendant les huit mois à essayer d'obtenir un thérapeute différent, je n'ai pas eu de counseling. Ce n'était pas dans mon meilleur intérêt, ou l'intérêt de ma réhabilitation.

Je ne prends aucun médicament. Depuis le tout début de ma sentence, les psychiatres m'ont offert des antipsychotiques, des antidépresseurs, des stabilisateurs d'humeur, des médicaments anti-épilepsie (pour l'insomnie), ou des médicaments anti-anxiété. Sans le diagnostic de trouble de la personnalité jusqu'en 2010 et sans un diagnostic qui bénéficierait clairement d'une intervention médicale particulière (comme la schizophrénie), m'offrir des médicaments importants est dangereux. La stratégie de la prison semble être de me médicamenter afin de m'empêcher d'avoir une réaction psychotique, qui n'a rien à voir avec mon état mental actuel. En fait, d'après mon expérience les conditions de détention aident à créer et/ou exacerber les problèmes existants de santé mentale.

Bien entendu je serai déprimée lorsqu'on me sortira de ma ville et m'éloignera de mon frère et de ma sœur. Wellbutrin ou Remerol ne me ramènera pas à eux.

J'étais dans une « juvie » ou un « centre juvénile », pendant près de deux ans. Ça me semblait être un dépotoir pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Mais cela n'était pas un hôpital, c'était une prison. Le personnel se concentrait sur le contrôle physique. Être entourée de filles ayant un bagage émotif lourd était épouvantable et traumatisant, surtout parce qu'ils étaient des enfants. Il m'arrivait de les convaincre de ne pas s'ouvrir les veines. Parfois je réussissais, et d'autres fois je pensais leurs blessures. En voyant ce que ce système fait aux enfants qui ont besoin d'aide m'a laissée frustrée et en colère. J'avais l'habitude de donner des coups de poing aux murs de prison, me rupturant les jointures contre les briques jusqu'à ce que les murs étaient couverts de sang. Tegretol et Seroquel pouvaient faire en sorte que j'arrête de remarquer et de m'inquiéter définitivement de ces choses, mais ils ne sauvaient pas ces enfants. Le neurontin pouvait me mettre dans les pommes, mais il n'arrêtait pas les cauchemars.

En 2007, contre ma volonté j'ai été transférée à Vanier, aussi connu comme le « bucket » ou le « Milton Hilton ». Le transfert allait contre mon statut « faible risque ». J'ai simplement « grandi » hors du système pour jeunes. J'étais enfermée pendant 23 heures avec une compagne de cellule et notre heure de sortie a souvent été négligée parce que les gardes devaient s'occuper d'un incident ailleurs dans la prison. Mon matelas était étendu sur le plancher, près de la toilette d'acier. C'est là que j'ai appris le « bain d'oiseau » qui consiste à se laver soi-même ainsi que ses bas et ses sous-vêtements, dans le petit lavabo en acier dans la cellule parce que vous ne pouvez pas prendre votre douche ou faire le lavage pendant des jours. Pendant la nuit je ne pouvais m'endormir parce que les femmes se lamentaient,

pleuraient d'ennui de leurs enfants et heurtaient leurs têtes contre les portes de cellule en acier et les murs en béton.

Ma compagne de cellule était cliniquement sourde et ne pouvait communiquer qu'avec le langage des signes. J'ai dû apprendre le langage des signes assez rapidement pour la comprendre. Elle était le produit d'un viol incestueux; son père était aussi son grand-père. Je n'essaie pas de la blâmer, mais ceci était très difficile pour moi à gérer d'une façon émotive tout juste après mon transfèrement du système pour jeunes.

Être emprisonné à deux dans une cellule est dégoûtant et traumatisant. Personne ne devrait avoir à changer leurs serviettes ou leurs tampons sanitaires devant une autre personne. Personne ne devrait avoir à déféquer à deux pieds d'un étranger. Être en prison devrait être une punition suffisante. J'ai dû me débattre pour ne pas baisser les bras et demander un médicament, n'importe quoi qui m'arrêterait d'avoir des sentiments; quelque chose qui me laisserait dormir.

J'ai vu aux premières loges comment la médication assomme les prisonnières. Les femmes obtiendraient une ordonnance pour des médicaments qu'elles n'avaient évidemment pas besoin mais qui leur permettaient de dormir sans avoir conscience du temps qui passe ou d'avoir un « high ». Un certain nombre de femmes que je connaissais avaient l'habitude de vendre leurs pilules. Quant à moi, il y a un problème lorsque le système pénitencier ne peut pas faire le discernement entre quelqu'un qui prend les médicaments qu'on leur a prescrits et ceux qui ne le font pas.

Mon transfèrement à l'EGV a eu lieu deux semaines après la tragédie de Ashley Smith. Je me suis trouvée dans une prison à sécurité maximum pendant cinq mois. Tout le monde était extrêmement sensible parce que je n'avais qu'une année de plus que Ashley. Je ne pouvais pas me déplacer hors de l'enceinte de sécurité maximum (par exemple, pour me rendre aux soins de santé) sans que les corridors soient vidés et fermés. Je devais être menottée, les chaînes au pied, avec deux gardiens à mes côtés. Non pas que j'étais dangereuse, mais parce que j'étais nouvelle. Ce type de protocole standard a réellement joué dans ma tête et m'a presque détruite. Je n'étais pas dangereuse; j'ai été condamnée comme personne à faible risque et je venais de passer deux années « sans incident », alors pourquoi est-ce qu'on me mettait les fers aux pieds? Cela m'incitait à prendre le comportement conforme à l'étiquette et à commencer à réagir. Par surcroît, la sécurité maximale me rendait tellement seule. Les autres femmes étaient toutes dix ans plus vieilles que moi, de sorte que je me sentais très isolée, ce qui me rendait encore plus en colère et déprimée. On a m'offert du Topamax pour aider à « stabiliser » mes humeurs, comme si de faibles doses de ce médicament antiépileptique pouvaient arrêter ce qui causait ces sentiments.

Lorsqu'on m'a finalement ramené dans la population carcérale générale, j'ai chambré avec une jeune fille qui avait de graves problèmes de santé mentale. Après deux semaines, elle s'est violemment ouvert les veines pendant que je dormais. On m'a sorti de notre cellule pour fins « d'enquête » et *mon* rasoir a été confisqué. Ma compagne de cellule a ensuite été transférée à



un hôpital psychiatrique et je ne l'ai jamais revue. Il est honteux qu'elle ne pouvait pas avoir été là *avant* sa tentative de suicide.

J'ai demandé poliment d'être mise dans une cellule pour une personne, mais on m'a plutôt donné une autre compagne de cellule, qui selon les dires était plus « stable ». Dix jours plus tard, j'ai appris qu'elle a été placée en cellule d'isolement pour ségrégation pour une surveillance étroite à cause du risque de suicide. Je commençais à penser que j'avais quelque chose de travers parce que tout le monde autour de moi semblait avoir le mal de vivre et je n'avais aucune idée comment gérer ce genre de culpabilité. Les gardiens de la prison traitaient ces situations comme normales et que je devais tout simplement m'y habituer. Je ne pouvais pas me faire à l'idée de ce genre de pensée, de sorte que j'étais seule, blessée et confuse.

L'abus, l'oppression et l'isolation dans la prison exacerbent l'anxiété mentale, au point où parfois la mort semble plus invitante.

La solution des prisons à tout cela? La médication.

Merci,  
Petey

Contact : [petey@live.ca](mailto:petey@live.ca)

*Soins axés sur le client  
Présentation au panel :  
Michael Villeneuve*

**Accès aux soins de santé mentale : si je pouvais trouver la porte je cognerais**

Michael Villeneuve a parlé du rôle de soignant de quelqu'un atteint de maladie mentale plutôt qu'à titre de consommateur. Ce faisant, il a présenté son expérience et celles de son partenaire dans l'accès aux services en santé mentale.

Michael a commencé sa présentation en mettant en lumière une hypothèse de base fournie par la Commission de la santé mentale du Canada : *Les personnes vivant avec une maladie mentale ont le droit d'obtenir les services et le soutien dont ils ont besoin. Elles ont le droit d'être traitées avec la même dignité et le même respect que nous accordons à quiconque tente de se rétablir de toute autre forme de maladie.* Il a ensuite mis en lumière le rôle des réseaux locaux d'intégration des services de santé comme une partie importante de l'évolution des soins de santé en Ontario, passant d'une collection de services qui étaient souvent non coordonnés à un vrai système de soins de santé.

Michael a fait remarquer que le point clé dans le déclin de son partenaire a été le déménagement à un tout petit village depuis un grand centre urbain qui était à 35 milles d'un hôpital tertiaire dans une grande ville et à plus de 40 milles d'une petite ville. Il a parlé de ses difficultés à trouver un psychiatre compte tenu que l'hôpital tertiaire était à 35 milles de la maison. Pendant ce temps, Michael a commencé à faire des représentations et demandé des questions pour son partenaire. Ils ont éventuellement trouvé un deuxième psychiatre – à 32 milles de leur maison. On leur a dit que le temps d'attente pour un hôpital de spécialité psychiatrique allait être d'une année. Éventuellement son partenaire a fait une surdose grave; la difficulté était que l'hôpital de spécialité n'était pas dans leur circonscription hospitalière de sorte qu'ils ont dû se rendre à l'hôpital d'une petite ville, où le temps d'attente était de six heures et il a été éventuellement mis sur divers formulaires. Pendant ce temps, un travailleur social s'en est mêlé, on a communiqué avec un centre de détresse et le psychiatre soignant croyait que son partenaire devait trouver un travail. Un autre travailleur social lui a dit de se rendre à l'urgence et de faire une scène. Même s'ils y ont songé, ils ne l'ont pas fait et éventuellement le partenaire de Michael a fait une autre surdose. À un certain point dans le processus, on leur a offert une thérapie de groupe qui serait disponible dans trois mois, ainsi que de la thérapie ambulatoire. Le partenaire de Michael a fait une autre surdose quelques mois plus tard.

Après l'examen de son parcours, Michael a ensuite présenté un aperçu des divers obstacles, facilitateurs et occasions.

- Les obstacles incluent : le territoire, les barrières d'accès qui sont significatives même pour ceux qui croient connaître le système; le manque d'un dossier de santé électronique qui facilite le voyage de l'information de sorte que les patients n'ont pas la peine de commencer à neuf avec chaque nouveau fournisseur de soins de santé; les conséquences

entre les professionnels de la santé et le poids immesurable et durant toute une vie (en inquiétudes) sur les familles et les amis.

- Les facilitateurs incluent : la connaissance des familles et amis, qui est souvent plus grande que celle des professionnels; la famille et les amis voient de petits changements et des signes inquiétants et souvent veulent aider; il y a des lits, des organisations et des ressources humaines en santé voués à cette fin de sorte que les familles et amis ne partent pas de rien; la Commission de la santé mentale crée un point de mire et une attention sur ce problème; il y a de la bonne volonté parmi les professionnels de la santé.
- Les occasions incluent : les DSE et la technologie; le modèle de soins axé sur le patient; une réingénierie des soins de santé mentale par des personnes courageuses et visionnaires qui est motivée par une approche plus exhaustive, compréhensible, *intégrée* et holistique; la nécessité de traiter les problèmes de santé mentale comme un traumatisme ou un cancer – l’organiser et fournir des soins comme si vous étiez sérieux à ce propos.

Michael a terminé sa présentation en hommage à son partenaire qui est décédé le 29 mars 2009.

*Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien*

*Présentation au panel :*

*Lyn Littlefield*

**L'accès aux services de psychologie financés par les deniers publics en soins primaires pour les Australiens**

L'étude The Burden of Disease and Injury en Australie indique que les troubles mentaux constituent la première cause d'invalidité. Les psychologues ont longtemps argumenté que la population australienne devait avoir accès à des services de psychologie financés par l'État pour les fins d'évaluation et de traitement des troubles mentaux dont la prestation serait assurée par des prestataires qualifiés et non seulement par la profession médicale.

Une percée s'est produite en 2001 lorsqu'une initiative du gouvernement fédéral appelée « Better Outcomes in Mental Health Care » a été introduite. Un financement plafonné a été fourni aux divisions de pratique générale pour les omnipraticiens qui pouvaient référer leurs patients aux psychologues, aux travailleurs sociaux et aux ergothérapeutes qui avaient une formation en santé mentale. Le but de cette initiative était « d'améliorer l'accès communautaire aux soins de santé mentale primaires de qualité » – autrement dit, produire de meilleurs résultats pour les consommateurs ayant des troubles de santé mentale par des interventions psychologiques à court terme fondées sur des données probantes, appelées Focused Psychological Strategies (FPS) (stratégies psychologiques concentrées).

Les caractéristiques du BOMHC étaient les suivantes :

- L'accès à une gamme de services psychologiques (ATAPS) était le composant des services psychologiques
- Les omnipraticiens qui ont suivi une formation limitée pouvaient aiguiller les patients diagnostiqués avec un trouble de santé mentale (CIM-10 SSP) aux psychologues ou à des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes ayant une formation adéquate
- Pour pouvoir aiguiller, les omnipraticiens étaient tenus de rédiger un plan de soins de santé mentale, qui incluait un diagnostic et un plan de traitement
- Les consommateurs pouvaient recevoir jusqu'à 12 séances individuelles ou en groupe de stratégies psychologiques concentrées (FPS) – principalement une thérapie cognitivo-comportementale – en deux blocs de six séances qui étaient ponctuées par l'examen d'un omnipraticien; dans des circonstances exceptionnelles, les consommateurs pouvaient recevoir jusqu'à six autres séances.

Les données statistiques compilées en février 2010 ont révélé que la dépression et les troubles de l'anxiété étaient les plus souvent diagnostiqués chez les consommateurs à 76 % et 57 % respectivement. Au nombre des autres diagnostics se trouvaient les troubles de l'abus de l'alcool et de la toxicomanie (7 %), les troubles somatiques non expliqués (3 %) et les troubles psychotiques (2 %). La gravité des manifestations était léger à 15 %, modéré à 52 % et grave à 33 %. Les données ont révélé des résultats positifs d'améliorations moyennes à grandes pour environ 86 % des clients atteints de troubles mentaux.

L'acceptation de ces services a été telle que la demande a excédé de beaucoup l'offre de financement. À partir du succès de « Better Outcomes », une nouvelle initiative, « Better Access to Mental Health Care » a été créée dans le but de permettre aux personnes diagnostiquées d'un trouble de santé mentale d'accéder à l'évaluation et au traitement psychologique. Le financement de cette initiative n'était pas plafonné et utilise les remises du régime de soins de santé aux consommateurs pour accéder aux services de psychologie aiguillés par les omnipraticiens.

Les services de psychologues financés par les régimes de soins de santé ont connu une demande sans précédent avec plus de deux millions d'Australiens accédant à plus de huit millions de services depuis leur introduction en novembre 2006.

D'un point de vue structural, le régime de soins de santé se traduit par deux points : les spécialistes et les généralistes.

- Les spécialistes réfèrent aux psychologues cliniques qui sont financés pour traiter des patients ayant des troubles de santé mentale plus complexes et chroniques, qui s'accompagnent souvent de comorbidité de santé mentale et/ou de problèmes de consommation de drogue et d'alcool, et qui sont formés pour fournir des évaluations exhaustives et un traitement fondé sur des données probantes complexes.

- Les généralistes sont des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes autorisés. Ils fournissent des stratégies psychologiques concentrées (FPS), qui sont principalement des techniques cognitives et comportementales.

La disponibilité des maladies couvertes par les soins de santé qui permettent l'accès aux services de psychologie :

- Les personnes atteintes de trouble de santé mentale conformément au CIM-10 (avec un petit nombre d'exclusions).
- Les aiguillages par un omnipraticien, un psychiatre et un pédiatre. Les omnipraticiens font l'aiguillage en vertu d'un régime de soins de santé mentale des omnipraticiens ou d'une évaluation psychiatrique et d'un plan de gestion – ou par l'aiguillage direct d'un psychiatre ou d'un pédiatre. Les omnipraticiens n'ont pas besoin de formation particulière pour faire un aiguillage.
- 12 séances individuelles par personne, par année civile. Un examen est effectué après les six premières séances, avec un rapport transmis à l'aiguilleur.
- Dans des circonstances exceptionnelles, six séances additionnelles sont disponibles.
- 12 séances de thérapie par groupe (constituées de six à dix patients) par patient, par année sont également disponibles.

L'acceptation de l'initiative Better Access et les nouvelles dispositions du régime de soins de santé a dépassé de loin les attentes. Plus de 809 millions de dollars ont été versés aux omnipraticiens dans le cadre des régimes de soins de santé mentale et aux prestataires de soins de santé connexes, principalement les psychologues, pour des services fondés sur des données probantes. Plus de 24 000 omnipraticiens, 3 200 psychologues cliniques, 12 700 psychologues autorisés, 1 200 travailleurs sociaux et 330 ergothérapeutes utilisent le Better Access et les dispositions du régime de soins de santé. Les données révèlent que la demande pour les services psychologiques est nette et ne diminue pas.

Malgré ces conclusions positives, des problèmes ont été soulevés en ce qui concerne Better Access, notamment :

- Les dispositions du régime de soins de santé n'ont pas été structurées pour les personnes ayant des troubles à faible prévalence ou des troubles de personnalité, ou pourraient avoir besoin de plus de (6+6+6) séances sur une période de temps plus longue
- Le régime ne favorise pas le soin basé sur une équipe (ateliers faisant appel à la participation des professionnels de la santé mentale construisent des réseaux locaux)
- Better Access est plus économique qu'ATAPS, mais le dépassement du budget pour Better Access pose des inquiétudes; cependant, un grand nombre de psychologues facturent les titulaires de carte de soins de santé en vrac
- ATAPS et Better Access sont des initiatives complémentaires :
  - Better Access assure un service économique universel, alors qu'ATAPS offre des modes de prestation de services plus flexibles

L’Australian Psychological Society a grandement participé à ces initiatives depuis le début. L’APS a également joué un rôle dans l’établissement du réseau de professionnels de santé mentale qui a formé des réseaux locaux de prestataires de services de santé mentale partout en Australie, et « headspace », l’initiative de soins primaires de services de santé mentale pour les jeunes qui rassemble un bon éventail de professionnels de la santé mentale et de prestataires de services de soutien à un endroit pour un accès facile par les jeunes.

Dans sa présentation, D<sup>re</sup> Littlefield a aussi décrit la mise sur pied du Mental Health Professionals’ Network et Headspace. La Mental Health Professionals Association (constituée de RANZCP, RACGP, APS & ACMHN) dirige le projet MHPN qui assure :

- La formation et le réseautage interdisciplinaires
- Un environnement où les professionnels apprennent à travailler ensemble à partir de la discussion de cas
- Une compréhension accrue des rôles de chacun en tant que professionnels de la santé mentale
- Le soutien des pairs, le réseautage et la promotion du travail en équipe
- La prestation de services au niveau local, ainsi que le soutien en ligne

Une subvention de 15 millions de dollars a été accordée pour mettre en oeuvre ces initiatives partout en Australie sur deux ans; à ce jour, il y a eu 1 200 ateliers et 522 réseaux ont été établis.

Headspace est un service intégré, fondé sur des données probantes et efficace qui s’adresse aux jeunes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Il se caractérise par sa convivialité pour les jeunes et par la constitution d’un guichet unique; il offre une vaste gamme de services et de prestataires et fournit du soutien sur le plan de la santé mentale, des toxicomanies, de la santé, du soutien (logement, emploi, éducation). Le programme a reçu 54 millions de dollars sur quatre ans pour établir 30 sites. Il est constitué d’un consortium de quatre partenaires et de quatre composants [centre d’excellence, éducation et formation, sensibilisation communautaire, ainsi que les services pour les jeunes (la plus grande portion du financement)]. Il a reçu un financement supplémentaire au montant de 78 millions de dollars pour 30 autres services à établir entre 2010-2013.

D<sup>re</sup> Littlefield a terminé sa présentation avec une description des services de psychologie financés par l’État futurs dans la communauté dans le contexte d’un important programme de réforme de la santé du gouvernement fédéral australien.

*Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien*

*Présentation au panel :*

*David Morris*

### **L'accès aux services et inclusion sociale**

La présentation de D<sup>r</sup> Morris a examiné la façon dont une politique et une pratique d'inclusion sociale peuvent appuyer un accès amélioré aux services et ce faisant les occasions axées sur le rétablissement dans des contextes communautaires dominants.

S'inspirant de l'expérience récente au Royaume-Uni de développement et de mise en oeuvre d'un programme national sur l'inclusion sociale, la présentation proposait que des services multiprofessionnels accessibles par le biais de partenariat communautaire étaient essentiels à la réalisation de buts déterminés par l'utilisateur et de résultats d'inclusion efficaces.

Une approche intergouvernementale à l'inclusion politique était décrite dans le cadre d'un bref aperçu du contexte politique de santé mentale. Le travail du National Social Inclusion Programme dans la direction de la mise en oeuvre de la politique a été résumé en se concentrant sur les dimensions clés de la culture professionnelle et du leadership novateur.

Dans sa présentation, D<sup>r</sup> Morris a mis l'accent sur l'importance d'une stratégie d'engagement communautaire avant les personnes ayant des problèmes de santé mentale déterminés ainsi que des objectifs de santé d'une population plus vaste. L'engagement des communautés est tellement important parce qu'il :

- fait la promotion des possibilités d'engagement civique et la participation du grand public
- catalyse les réseaux sociaux de soutien (« communautés branchées »)
- encourage la réduction de la stigmatisation et de la discrimination par l'engagement public
- suscite l'inclusion en la situant dans le contexte du bien-être de la communauté
- potentialise la valeur et le rôle central des services professionnels et cliniques par des alliances de soutien et des services en partenariat en tant que *mouvement social*

Il a également présenté une mise à jour dans le contexte des nouvelles politiques de gouvernement de coalition, y compris celui de la « Big Society ». Pour être efficace, la politique doit :

- s'inspirer de la politique antérieure d'habilitation du citoyen et de la communauté;
- être suffisamment élaborée pour refléter les complexités et les contradictions, particulièrement la relation entre la démocratisation/habilitation et le capital social/les réseaux;
- s'attaquer au défi d'inclusion par la participation civique chez les personnes à qui elle est refusée de façon systémique.

D<sup>r</sup> Morris propose que des services professionnels efficaces et intégrés peuvent et devraient servir à mettre en oeuvre cette stratégie et que l'engagement des communautés ne remplace pas les services publics innovateurs et exhaustifs.

*Perspectives internationales sur la façon avec laquelle les systèmes de santé peuvent faciliter l'accès aux services et au soutien*

*Présentation au panel :*

*David Shern*

**La santé mentale aux États-Unis : perspectives historiques et opportunités actuelles**

D<sup>r</sup> Shern a commencé en présentant un aperçu de la santé mentale américaine et un aperçu historique du système de santé mentale aux États-Unis. Il a ensuite fourni des données sur l'accès aux soins, la qualité des soins pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave (c.-à-d. le pourcentage avec un traitement, avec un traitement minimalement adéquat et sans traitement minimalement adéquat), la prévalence de l'état de santé mentale internationale après 12 mois (les États-Unis ont la prévalence la plus élevée juste en dessous de 30 %) et la prévalence de troubles de santé mentale au sein des États-Unis.

Les points de données clés suivants ont été présentés par D<sup>r</sup> Shern :

- Alors que la moitié des personnes atteintes d'un problème de santé mentale l'éprouvent avant 14 ans, un grand nombre d'entre elles ne sont pas traitées avant qu'elles n'atteignent 24 ans. Cela a des conséquences à court terme et à long terme en termes de main-d'œuvre future et de compétitivité sur le marché.
- Plus de 30 000 vies sont perdues par le suicide aux États-Unis annuellement.
- Les états de santé mentale représentent plus de 20 % des invalidités liées à la maladie aux États-Unis.
- En 2002, les conditions de santé mentale graves étaient associés à des pertes de revenus de 193,2 milliards de dollars par année.
- Les personnes souffrant de maladie mentale grave ont une espérance de vie moins longue.
- De nombreux exemples d'augmentations dans les coûts, de plus grands problèmes de gestion de soins et de résultats médiocres chez les personnes ayant des conditions de comorbidité, comme la maladie du cœur et la dépression.

D<sup>r</sup> Shern a aussi parlé de l'approche de la santé mentale aux États-Unis, mettant en lumière ce qui suit :

- Les États-Unis ont le système de soins de santé le plus coûteux au monde avec des résultats médiocres.
- La maladie chronique représente 75 % des dépenses en soins de santé.
- Les États-Unis ne préviennent pas non plus qu'elles ne traitent les maladies chroniques de manière efficace.
- Le contrôle des coûts de soins de santé et l'amélioration de l'état de santé de la population nécessiteront un traitement efficace des troubles de santé mentale.



À l'avenir, D<sup>r</sup> Shern a noté que l'amélioration de l'état de santé et le contrôle des coûts feront appel à un traitement intégré de conditions chroniques multiples, où les services de santé comportementale sont essentiels. Il a également noté le besoin d'une insistance beaucoup plus grande sur la prévention et la détection/intervention précoce. Dans ce contexte, il a conclu sa présentation en décrivant les problèmes liés à la parité dans les régimes de santé de groupe, la Patient Protection and Affordable Care Act et l'impact vraisemblable de ceci sur les soins de santé mentale aux États-Unis.

*Examen de la consultation en matière de stratégie de la CSMC*

*Conférencier :  
Howard Chodos*

D<sup>r</sup> Chodos a débuté sa présentation par un aperçu du mandat de la CSMC, en insistant sur le fait que la CSMC n'est pas engagée dans la prestation ou la surveillance de services, mais qu'elle est plutôt un catalyste pour la transformation du système de santé mentale. D<sup>r</sup> Chodos a mis davantage l'accent sur le besoin de transformation en soulignant le fait que seulement un tiers des personnes qui ont besoin des services en santé mentale au Canada les reçoivent.

D<sup>r</sup> Chodos a fait valoir qu'une stratégie en santé mentale pour le Canada peut établir une vision pour un système transformé qui inclut : l'établissement d'une vision et de buts essentiels, l'élaboration d'orientations stratégiques et la suggestion d'actions pour réaliser la vision et les buts, la proposition de points de référence et de cibles, l'identification d'exemples de modèles et de pratiques exemplaires qui sont conformes à la vision et le renforcement des consensus entre divers secteurs et intervenants.

La réalisation d'une stratégie en santé mentale pour le Canada est un processus en deux étapes qui suppose l'établissement de la vision à ce qu'il faut réaliser et ensuite de l'établissement de la façon par laquelle réaliser la vision. Les buts d'un système de santé mentale transformé sont les suivants :

- Fondé sur le rétablissement et le bien-être de tous
- Intègre la promotion et la prévention
- Réagit aux divers besoins
- Reconnaît et soutient le rôle des familles
- Réduit les iniquités et les obstacles de l'accès
- Favorise l'intégration transparente autour des besoins
- Est fondé sur la connaissance de sources multiples
- Déploie tous les efforts pour créer une société qui est inclusive

D<sup>r</sup> Chodos a noté que le but 5 de la stratégie est particulièrement consacré à l'accès et à l'intégration. Ce but stipule que les personnes de tous âges ont un accès opportun aux programmes, aux traitements, aux services et au soutien appropriés et efficaces qui sont

intégrés de façon transparente autour de leurs besoins. Les particularités d'un tel but sont notamment les suivantes :

- Chaque porte mène au service – pas de mauvaise porte
- Coordonné sur toute la durée de vie
- Intégré au point de prestation
- Les services basés dans la communauté près des personnes desservies – et raccordés à d'autres systèmes (justice, police, éducation, services sociaux, etc.)
- Moins intrusif et moins restrictif
- Éventail complet de services depuis la promotion, la prévention, l'intervention précoce à des services plus intensifs.
- Accès financier à des prestataires de soins de santé mentale autres que des médecins et à la médication – enlever le biais inhérent envers les médicaments
- Un vrai choix peu importe le niveau de revenu de la personne.

« Quels autres genres de changements sont nécessaires pour que le bon service, du bon fournisseur, se rende à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit? » Le changement doit être vu dans tous les buts de la stratégie pour s'attaquer à l'accès et à l'intégration notamment ce qui suit :

- Rétablissement/bien-être
  - Création de vrais partenariats entre les prestataires et les utilisateurs de services
- Prévention/promotion
  - Intégration de la prévention et de la promotion afin de réduire les demandes de services
- Diversité des besoins
  - Permettre aux prestataires d'acquérir la compétence culturelle pour répondre à la diversité des besoins de la population canadienne
- Familles
  - Mieux intégrer les services formels avec le soin et le soutien informels
- Recherche/connaissance
  - Améliorer le transfert des connaissances pour utiliser au mieux les connaissances disponibles
- Inclusion
  - Réduire les obstacles pour les personnes qui veulent obtenir et accéder à des traitements, des services et du soutien

*Soins de santé mentale fondés sur des données probantes*

*Jean Grenier et Marie-Hélène Chomienne*

**Soins de santé mentale fondés sur des données probantes**

D<sup>rs</sup> Grenier et Chomienne ont coprésenté cette séance. La médecine fondée sur des données probantes est un processus de prise de décisions intégrant qui est axé sur le patient, prenant en considération les données cliniques, les valeurs du patient et les meilleures données

disponibles. Les niveaux de données probantes vont de l'opinion d'experts et l'augmentation dans la qualité des données à des études de cas contrôlées, des études de cohorte, des essais contrôlés randomisés (RCT), des articles individuels évalués de façon critique, des sujets évalués de façon critique et des examens systématiques.

La pratique fondée sur des données probantes repose sur une expertise clinique individuelle et les meilleures données externes disponibles. Elle peut se traduire de plusieurs façons, y compris une évaluation et un diagnostic plus efficaces et efficients, ainsi qu'une identification et une considération du contexte, des droits et des préférences des patients individuels en prenant des décisions cliniques au sujet de leurs soins. Pendant tout ce processus, l'importance d'un diagnostic adéquat ne peut pas être accentuée davantage.

Les données actuelles indiquent qu'il y a de nombreux troubles chez les adultes pour lesquels un ou plusieurs traitements psychologiques fondés sur des données probantes existent (p. ex. troubles de l'humeur, troubles de l'alimentation, troubles de l'anxiété, troubles de la personnalité – pour ne nommer que ceux-ci).

Plusieurs modèles émergent dans les preuves de maladies mentales graves (p. ex. schizophrénie, troubles psychotiques), notamment :

- Les médicaments sont supérieurs au traitement psychosocial seul dans la plupart des troubles mentaux graves
- Les traitements combinés (médication plus interventions psychosociales) produisent souvent les meilleurs résultats
- Certaines psychothérapies s'appuient sur des données empiriques, particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- D'autres traitements psychosociaux (p. ex. éducation familiale) et des services (p. ex. le suivi intensif dans le milieu) reposent sur des données probantes

Il y a des traitements pharmacologiques fondés sur des données probantes pour à peu près tous les problèmes usuels de santé mentale; il y a aussi des traitements psychologiques fondés sur des données probantes pour à peu près tous les problèmes de santé mentale rencontrés communément.

Il y a une abondance de documentation qui démontre que les traitements psychologiques fondés sur des données probantes sont économiques et compensent les coûts. Malgré cela, il y a un grand nombre d'obstacles aux traitements psychologiques fondés sur des données probantes, notamment :

- Le manque de connaissance du public au sujet de l'existence des traitements psychologiques fondés sur des données probantes
- La stigmatisation causée par la santé mentale
- Le manque de professionnels de la santé mentale formés adéquatement en traitements psychologiques fondés sur des données probantes

- La plupart des psychologues sont formés dans le traitement psychologique fondé sur des données probantes dans le cadre de leur programme d'études de base, mais travaillent pour la plupart dans le secteur privé
- Le manque de choix pour le consommateur dans le choix du traitement optimal préféré
- Culture et attitude professionnelles
- En ce qui concerne la psychothérapie, la prestation de services n'est pas réellement axée sur le patient... rarement les patients se voient offrir un choix
- Le manque d'incitatifs dans le système (p. ex. notre système de santé n'encourage pas suffisamment la prestation de services économique)

D<sup>rs</sup> Grenier et Chomienne ont aussi abordé la question de l'importance et de la valeur de l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires, particulièrement compte tenu du fait que la majorité de la prestation des soins de santé mentale se fait dans les services de soins primaires généraux. Le soin de santé primaire (SSP) est un contexte important où introduire le traitement et le soin pour les personnes ayant des troubles mentaux pour de nombreuses raisons, notamment les suivantes :

- il aide à réduire la stigmatisation associée aux services autonomes en santé mentale
- il facilite la détection précoce et le traitement de ces troubles et réduit par conséquent l'invalidité
- accroît la possibilité d'assurer la prestation de soins dans la communauté et les possibilités d'engagement de la communauté dans le soin
- améliore l'accès aux soins de santé mentale dans les populations sous-desservies

À quoi ressemble une équipe de soins de santé primaires intégrée? Au moins un professionnel de la santé possédant chacun les compétences suivantes devrait idéalement faire partie de l'équipe de base :

- connaissance excellente de la médecine, du diagnostic et des compétences pour prescrire des médicaments
- de solides aptitudes à fournir des services de counseling, de l'intervention en cas de crise, de l'encadrement, de l'enseignement, de la gestion de cas, de la psychothérapie fondée sur les données probantes de faible intensité ainsi que la navigation dans les services communautaires
- des aptitudes à exécuter des diagnostics différentiels des problèmes mentaux et une connaissance/aptitudes avancées à fournir des traitements psychologiques; les compétences à fournir une consultation sur place pour des cas complexes et de la formation/orientation en exécution d'une psychothérapie avec des diagnostics simples et multiples
- des connaissances et des compétences avancées en psychopharmacologie et en psychopathologie grave, peut-être sur une base de consultation
- des connaissances avancées en pharmaceutique, peut-être sur une base de consultation

D<sup>rs</sup> Grenier et Chomienne ont conclu leur présentation avec un examen des diverses possibilités à l'avenir, notamment :

- La réforme en cours des soins primaires se fait à un moment propice
- Les équipes interdisciplinaires et cliniques sont en hausse, mettant en relief la nécessité pour des équipes qui comportent des gens possédant le bon ensemble de compétences et un équilibre entre celles-ci
- Le temps est approprié pour faire des services d'évaluation et de traitement fondés sur des données probantes une exigence universelle pour le soin de santé mentale financé par les deniers publics
- La mesure du rendement et des résultats cliniques
- Considérer l'établissement de programme de formation approprié avec une certification par une commission pour divers niveaux de compétences de thérapeute dans l'exécution de traitements psychologiques fondés sur des données probantes. Une telle formation pourrait idéalement inclure non seulement des séminaires et des lectures mais X nombre d'heures de pratique supervisée (p. ex. enregistrements vidéo des séances de traitement avec des patients consentants)
- En gardant à l'esprit la centralité du patient, notre système de soins de santé devrait respecter les valeurs, les droits et les préférences des patients, de faire des choix éclairés au sujet de leur traitement de santé mentale
- Inclure des traitements fondés sur des données probantes en santé mentale comme des incitatifs du système pour une gestion économique
- Explorer les possibilités de meilleurs liens entre les secteurs public et privé

*Prestation de services diversifiés*

*Présentation au panel :*

*Roger Bland*

D<sup>r</sup> Bland a présenté un bref survol et une classification de certains types de données probantes disponibles.

Il a présenté certaines données bien établies. Tout particulièrement, des traitements qui fonctionnent, révélant une réduction dans la morbidité; cependant, il y a une lacune de traitement importante (un grand nombre des personnes qui pourraient bénéficier du traitement ne peuvent l'obtenir). Les soins en collaboration font une différence et les équipes de suivi intensif dans le milieu peuvent améliorer les résultats des personnes ayant une maladie mentale grave et chronique. Les programmes d'intervention en cas de crise et de diversion peuvent fonctionner et réduisent la participation du système de justice.

D<sup>r</sup> Bland a examiné la question à savoir si la désinstitutionnalisation a échoué, en se concentrant sur les effets sur le sans-abrisme, les systèmes de justice et la pauvreté du malade mental. Le

système ne réussit pas fréquemment à assurer un accès, une évaluation, un traitement et un suivi opportuns adéquats.

D<sup>r</sup> Bland a aussi examiné certaines des raisons pour les doléances actuelles ou le rendement insatisfaisant, notamment :

- Une plus grande sensibilisation du public et l'acceptation menant à une demande accrue.
- La désinstitutionnalisation a accru les demandes de service.
- Un nombre beaucoup plus grand de prestataires de services compétents est nécessaire.
- La stigmatisation est encore un obstacle.
- Le manque de financement est problématique.
- La santé mentale n'a pas été une priorité.
- L'interférence politique et l'ingérence constante sans objectifs à long terme et ce qu'on appelle des « projets pilotes » qui ne sont pas viables mènent à l'incohérence dans les services.
- L'incompétence administrative et la bureaucratie inutile.
- La mauvaise communication avec les groupes utilisateurs et les prestataires.
- Le défaut de programmes de formation pour se préparer aux nouvelles réalités.

Dans sa présentation, D<sup>r</sup> Bland a noté des mesures correctives possibles, notamment :

- La réorientation des professions et de leurs programmes de formation vers un cadre de santé publique et de santé de la population – on appuie actuellement les soins primaires mais on ne le fait pas dans le système de santé mentale.
- Mettre en place avec dignité et respect les services de soutien entre autres le suivi intensif dont le milieu a besoin.
- Appuyer les entreprises de soins en collaboration.
- Offrir davantage de services aux enfants en milieu scolaire.
- Améliorer grandement la gestion.
- Établir des normes de rendement du système p. ex. les temps d'attente. Appuyer les efforts de représentation.
- Faire des choses qui fonctionnent - combler les lacunes de traitement.

*Prestation de services diversifiés*

*Présentation au panel :*

*Robert Wedel*

D<sup>r</sup> Wedel a parlé d'une perspective d'un médecin de famille en Alberta. Il a remarqué divers défis dans le traitement des problèmes de santé mentale, notamment le fait que le trouble dépressif majeur (TDM) n'est pas traité dans une large mesure. De plus, de tous les patients ayant un TDM au cours des 12 derniers mois :

- 49 % n'ont pas reçu de traitement
- 52 % ont reçu un certain traitement
- 58 % ont reçu un traitement inadéquat
- 42 % ont reçu au moins un traitement minimalement adéquat
- Seulement 22 % ont reçu un traitement adéquat.

La présentation de D<sup>r</sup> Wedel a porté sur les carences dans la façon avec laquelle sont organisés les soins et les problèmes consécutifs qui sont produits dans la qualité des soins – les problèmes de qualité ne se produisent habituellement pas en raison d'un manque de bonne volonté, de connaissances, d'efforts ou de ressources déployés pour les soins de santé.

D<sup>r</sup> Wedel a présenté les éléments de base d'un modèle de soins qui est axé sur les résultats fonctionnels et cliniques notamment un patient informé et actif et une équipe de pratique prête et proactive. Les éléments d'un tel modèle comprennent entre autres :

- L'établissement de **registres** reposant sur la technologie de l'information
- L'amélioration de la **capacité et de la continuité** afin d'améliorer l'accès
- Les changements organisationnels qui viennent à l'appui de **l'intégration des services régionaux et communautaires** avec les cliniques/groupes de pratique familiale
- L'établissement **d'équipes** comptant des individus dont le rôle est de notamment assurer la **coordination des soins** (coordination et facilitation - y compris la navigation dans le système)
- Une plus grande insistance sur **l'autogestion**.

Des données ont été présentées qui révèlent les preuves les plus convaincantes pour la reconception du système de prestation des soins primaires. Cela facilite l'accès amélioré par la reconception de la planification et l'amélioration de la qualité des soins par des interventions qui reçoivent les soins par des équipes multidisciplinaires. Il y a aussi une preuve convaincante pour l'autogestion, si elle est intégrée dans le « soin régulier » assuré à l'intérieur d'une relation de confiance d'un établissement médical.

D<sup>r</sup> Wedel a ensuite présenté un aperçu des divers obstacles à l'accès, notamment :

1. L'accès aux médecins de famille et aux professionnels de la santé mentale
2. L'accès à une surveillance proactive des patients, le soutien efficace pour l'autogestion, le partage de renseignements pertinents entre les prestataires
3. L'accès à des services spécialisés (p. ex. l'acquisition/développement de la matrice des soutiens communautaires aux patients)

Dans le cadre de cette discussion, D<sup>r</sup> Wedel a décrit deux façons d'améliorer les soins cliniques à l'aide des équipes : 1) la préplanification et la standardisation des soins fournis par l'équipe et 2) l'enchâssement de protocoles et de lignes directrices cliniques pour aider à l'équipe et réduire les écarts dans la pratique. Le premier élément suppose pour chaque liste de patients des médecins, l'identification des patients ayant des conditions ciblées; l'identification de besoins de sélection et de prévention pour une population de patients particulière;

l'identification de patients complexes pour la gestion de cas et le dépistage systématique, la prévention et la gestion continue des maladies chroniques.

D<sup>r</sup> Wedel a conclu sa présentation en présentant certaines solutions pour le traitement de la dépression dans la pratique familiale. Il s'agit notamment de la gestion de la pratique et des problèmes de traitement (p. ex. dépistage systématique et outils de mesure, lignes directrices et protocoles, systèmes de rappel) et les problèmes de système de soins de santé (p. ex., étiqueteurs santé, infirmière en pratique familiale, infirmières psychiatriques, infirmières praticiennes et ressources en autogestion).

*Prestation de services diversifiés*

*Présentation au panel :*

*Martin Drapeau*

**Qu'est-ce qui est « bien »?**

D<sup>r</sup> Drapeau a débuté sa présentation par un aperçu de la pyramide d'organisation des services de l'Organisation mondiale de la santé pour une diversification optimale des services pour la santé mentale. Ce modèle examine la fréquence du besoin, des coûts et le volume de services nécessaires.

Il a ensuite examiné et commenté un certain nombre de définitions de pratique fondée sur des données probantes, mettant en lumière leurs forces et leurs faiblesses, telles que présentées par :

- **Wikipedia :**  
Le terme résultat de processus (evidence-based practice - EBP) ou traitement psychologique appuyé empiriquement (EST) réfère à l'utilisation préférentielle des interventions de santé mentale et comportementale pour lesquelles de la recherche empirique systématique a fourni l'évidence d'une efficacité significative d'un point de vue statistique en tant que traitements de problèmes spécifiques.
- **The Institute of Medicine :**  
Le résultat de processus (evidence-based practice) est l'intégration des meilleures données fondées sur la recherche avec de l'expertise clinique et des valeurs du patient.
- **The American Psychological Association :**  
Evidence-based practice in psychology (EBPP) (résultat de processus en psychologie) est l'intégration de la meilleure recherche disponible avec l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient.

À cet égard, D<sup>r</sup> Drapeau a examiné les divers éléments de la pratique axée sur les résultats de processus qui mène à un plan de traitement – notamment :

- les traitements psychologiques appuyés empiriquement
- la culture
- les lignes directrices
- les principes du changement



- le jugement et l'expertise cliniques
- la personnalité et d'autres variables du patient
- les préférences du patient

D<sup>r</sup> Drapeau a proposé que le résultat de processus est un concept qui va au-delà de simplement se référer à des traitements psychologiques appuyés empiriquement, de manière à aussi inclure la preuve dérivée de la recherche sur les relations et la dynamique thérapeute-patient, les facteurs communs, les traits du thérapeute et les principes des changements et le traitement par interactions d'aptitude, entre autres.

La présentation de D<sup>r</sup> Drapeau a conclu avec l'élaboration de la citation du forum au sujet de l'accès. *Le bon service pour la bonne personne, du bon fournisseur, au bon moment, au bon endroit... dans les bonnes conditions pour le bon problème et le ciblage du bon « construit » évalué avec les bons indicateurs par le bon évaluateur utilisant les bonnes méthodes et traité avec les bons principes fondés sur les bonnes données probantes, et ainsi de suite...*

En effet, à ce jour, il n'y a pas de preuve que l'appariement d'un traitement type à un diagnostic constitue la meilleure façon de procéder.

*Prestation de services diversifiés*

*Présentation au panel :*

*Sandra Moll*

**La perspective de l'ergothérapie sur la prestation de bons services, aux bonnes personnes, aux bons endroits**

En débutant sa présentation, D<sup>re</sup> Moll s'est penchée sur les « bons services » en mettant l'accent sur la nécessité de passer de services axés sur la maladie à ceux axés sur le rétablissement; le besoin de reconnaître l'importance d'une participation communautaire significative à la santé et au bien-être global et la nécessité de s'assurer de tenir compte des besoins professionnels des personnes.

En termes de « bonnes personnes », D<sup>re</sup> Moll s'est concentrée sur les groupes à risque élevé comme les enfants et les jeunes, les collectivités des Premières nations et les nouveaux arrivants, les personnes ayant une maladie mentale grave et les personnes âgées. Ces groupes mettent en lumière que le système de soins de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies doit atteindre tous ceux qui peuvent avoir besoin d'aide, plutôt que seulement les personnes qui obtiennent des services.

Les services aux « bons endroits » réfèrent au soutien pour les médecins de famille dans les contextes de soins de santé primaires; le soutien dans les écoles, les lieux de travail et la maison; le renforcement de façon créative des aidants naturels; la coordination des ressources; et l'utilisation de la technologie.

D<sup>re</sup> Moll a conclu sa présentation par une description du modèle de coordination du soutien et des services de soins de santé mentale. Ce modèle, qui place les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanies en son sein, considère les déterminants de la santé (p. ex. emploi, revenu, régime de soins de santé, éducation, logement, activité sociale/détente et soins pour soi-même et les autres). Ces déterminants sont à leur tour entourés de soutiens et de services comme les services de soutien aux handicapés, les lieux de travail, les médecins familiaux et les équipes de santé de famille, les écoles, le logement, le logement et les abris subventionnés, les maisons de soins infirmiers, les groupes et services communautaires, le soutien des pairs et l'auto-assistance ainsi que la famille/aidants naturels.

## ANNEXE E

### Liste des délégués (le 7 octobre 2010)

Nom du participant	Rôle/affiliation	Courriel
Ali, Jennifer	Gestionnaire de sondage, Statistique Canada	jennifer.ali@statcan.gc.ca
Allen, Robert	Membre du conseil d'administration, Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada	rallen@rpnas.com
Balmer, Sue	Coordonnateur de la pratique professionnelle, Association canadienne de physiothérapie	sbalmer@ottawahospital.on.ca
Baptiste, Sue	Présidente, Association canadienne des ergothérapeutes	baptiste@mcmaster.ca
Barnes, Gillian	Président, Association canadienne des orthophonistes et audiologistes	gbarnes@mdc-dlc.ca
Bland, Roger	Professeur émérite, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta	waterloo@shaw.ca
Boulay, Robert	Président désigné, Collège des médecins de famille du Canada	boumac@nbnet.nb.ca; rhs@cfpc.ca
Bradfield, Annette	Infirmière praticienne/ gestionnaire, Association canadienne pour la santé mentale	abradfield@cmhaottawa.ca
Campbell, Elaine	Vice-présidente, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Elaine.Campbell@cehha.nshealth.ca
Canada, Joe	Analyste principal de politique, gouvernement du Canada	thegenuinefng@hotmail.com
Carty, Paula	Analyste principale, Agence de santé publique du Canada	Paula.Carty@phac-aspc.gc.ca
Carver, Julie	Analyste de politique, Santé Canada	Julie.Carver@hc-sc.gc.ca
Claire Checkland	Gestionnaire de programme, Programme de partenaires,	ccheckland@mentalhealthcommission.ca

	Commission de la santé mentale du Canada	
Chodos, Howard	Conseiller spécial, Stratégie en santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada	hchodos@mentalhealthcommission.ca
Chomienne, Marie-Hélène	Faculté de médecine, Université d'Ottawa et Centre de recherche en soins de santé primaires C.T. Lamont, Institut de recherche Élisabeth Bruyère	mh.chomienne@uottawa.ca
Cohen, Karen	Directrice générale, Société canadienne de psychologie	kcohen@cpa.ca
Connor, Kelly	Analyste principal de politique, Santé Canada	kelly.connor@hc-sc.gc.ca
Crawley Beames, Lisa	Présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale	BeamesL@smh.ca
Drapeau, Martin	Professeur adjoint de psychologie du counseling et membre associé en psychiatrie, Université McGill	martin.drapeau@mcgill.ca
Farrell, Susan	Directeur clinique, Programme de santé mentale communautaire, Services de santé Royal Ottawa	Susan.Farrell@rohcg.on.ca
Fralick, Pamela	Présidente et PDG, Association canadienne des soins de santé	chapresident@cha.ca
Fotheringham, Sharon	Directrice, Association canadienne des orthophonistes et audiologistes	sharon@caslpa.ca
Gallson, David	Directeur général national associé, Société pour les troubles de l'humeur du Canada	dave@moodisorderscanada.ca
Gendron, Nathalie	Directrice adjointe, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada	nathalie.gendron@cihr-irsc.gc.ca
Gray, Clare	Présidente désignée, Académie canadienne de	gray_c@cheo.on.ca

	psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	
Grenier, Jean	École de psychologie et Département de médecine familiale, Université d'Ottawa; Hôpital Montfort; équipe de santé familiale Clarence-Rockland	Jean.Grenier@uottawa.ca
Gulay, Pam	Infirmière psychiatrique autorisée, Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada	Pam.gulay@capitalcare.net
Higenbottam, John	Président, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale	higenbottamj@douglas.bc.ca
Hunsley, John	Professeur de psychologie, Université d'Ottawa	hunch@uottawa.ca
Kim, Kyong-ae	Membre du conseil d'administration, Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada	kkim@crpnbc.ca
Kennedy, Margaret	Directrice Santé mentale et toxicomanies, Santé IPE	mmkennedy@gov.pe.ca
Kenny, Sandra	Candidat au Ph.D. / interne en psychologie clinique, Université d'Ottawa	skenny@uottawa.ca
Knoops, Francine	Équipe de stratégie en santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada	fknoops@mentalhealthcommission.ca
Kurta, Jessica	Étudiante au Ph.D. en psychologie clinique, Université d'Ottawa	jkurt060@uottawa.ca
Ladha, Nizar	Président, Association des psychiatres du Canada	amy.dunne@easternhealth.ca
Lemire, Francine	Directrice générale associée, Collège des médecins de famille du Canada	flemire@cfpc.ca
Levesque, Catherine	Adjointe administrative, Société canadienne de psychologie	clevesque@cpa.ca
Littlefield, Lyn	Directrice générale, The Australian Psychological Society	L.Littlefield@psychology.org.au

Manion, Ian	Directeur général, Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents au CHEO	manion@cheo.on.ca
Masotti, Kelly	Association des psychiatres du Canada	kmasotti@cpa-apc.org
Mazowita, Gary	Chef, Médecine familiale et communautaire, Providence Health Care	gmazowita@providencehealth.bc.ca
McPhee, Linda	Directrice des Communications et des relations avec les intervenants, Société canadienne de psychologie	lmcphée@cpa.ca
Milliken, Donald	Président sortant, Association des psychiatres du Canada; président, Forum de spécialistes, Association médicale canadienne	Dmilliken@shaw.ca
Moll, Sandra	Professeure adjointe, School of Rehabilitation Science, Université McMaster	molls@mcmaster.ca
Morris, David	Professeur de santé mentale, Inclusion and Community & Director, Inclusion Institute, International School for Communities, Rights and Inclusion (University of Central Lancashire, Royaume-Uni)	DMorris1@uclan.ac.uk
Muckle, Wendy	Directrice générale, Ottawa Inner City Health	wmuckle@ottawainnercityhealth.ca
Newman, David Albert	Gestionnaire de vérification interne, FACE Mental Illness 2010	danewman@mymts.net
Osted, Annette	Membre du conseil d'administration, Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada	aosted@crpnm.mb.ca
Pate, Kim	Directrice générale, Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry	kpate@web.ca
Patten, Sal	Gestionnaire de projet, Pratique et recherche,	spatten@physiotherapy.ca

	Association canadienne de physiothérapie	
Pekrul, Ray	Superviseur du counseling/ membre du conseil d'administration de l'ACTS, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	r.pekrul.fsr@sasktel.net
Poirier, Michel	Travailleur social clinique, YouthNet (CHEO)	mipoirier@cheo.on.ca
Pond Clements, Erika	Ergothérapeute, Association canadienne des ergothérapeutes	epondclements@rogers.com
Redstone, Chuck	Agent d'analyse financier principal, PGLI-SCT, gouvernement du Canada	Chuck.Redstone@tbs-sct.gc.ca
Repetur Moreno, Eugenia	Directrice générale, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	morenoeu@casw-acts.ca
Ripley, Jessica	Coordonnatrice de programme, YouthNet (CHEO)	jripley@cheo.on.ca
Saunders, Alex	Directeur général, Association des psychiatres du Canada	asaunders@cpa-apc.org
Service, John	Directeur général de la Direction générale de la pratique, Société canadienne de psychologie	jcservice@cpa.ca
Sexton, Lorne	Membre du conseil d'administration de la SCP, Société canadienne de psychologie	lsexton@sbgh.mb.ca
Shern, David	Président et PDG, Mental Health America	DShern@mentalhealthamerica.net
Skinner, Jill	Directrice adjointe, Bureau pour la santé publique, Association médicale canadienne	jill.skinner@cma.ca
Stockdale Winder, Fern	Vice-présidente, Commission de la santé mentale	fern.stockdalewinder@saskatoonhealthregion.ca
Summerville, Chris	PDG, Schizophrenia Society of Canada	chris@schizophrenia.ca
Upshall, Phil	Directeur général, Société	info@mooddisorderscanada.ca

	pour les troubles de l'humeur du Canada et conseiller, Relations avec les intervenants, Commission de la santé mentale du Canada	
Vail, Stephen	Directeur, Développement de la recherche et de la politique, Association médicale canadienne	steve.vail@cma.ca
Villeneuve, Michael	Étudiant en résidence, Association des infirmières et infirmiers du Canada	mvilleneuve@cna-aiic.ca
von Zweck, Claudia	Directrice générale, Association canadienne des ergothérapeutes	cvonzweck@caot.ca
Votta-Bleeker, Lisa	Directrice générale associée, Société canadienne de psychologie	lvottableeker@cpa.ca
Wedel, Robert	Médecin de famille, Taber, Alberta	rwedel@telusplanet.net
Westmacott, Robin	Candidat au Ph.D., Psychologie, Université d'Ottawa	rwest023@uottawa.ca
Wilband, Twyla	Représentante des consommateurs	kool2bkind@yahoo.com
Wisenthal, Adeena	Ergothérapeute, ERGO-Wise (pour l'Association canadienne des ergothérapeutes)	adeena@ergo-wise.com
Woltman, Heather	Étudiante au Ph.D. en psychologie clinique, Université d'Ottawa	hwolt031@uottawa.ca
Wood, Beth	Infirmière en PIA, Centre de santé mentale Royal Ottawa	bwood@rohcg.on.ca
Zon, Lorne	PDG intérimaire, Association canadienne pour la santé mentale	lzon@ontario.cmha.ca



## ANNEXE F

### Descriptions des 12 membres d'association de la Table de la santé mentale

#### **SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE** (*coprésidente de la Table de la santé mentale*)

La Société canadienne de psychologie (SCP) est l'association professionnelle nationale des psychologues au Canada dont le mandat est de promouvoir l'excellence dans la science, l'enseignement et la pratique de la psychologie et de contribuer à la santé et au bien-être des Canadiens. Le Canada compte environ 16 000 psychologues réglementés, mais la SCP représente les intérêts et les activités des scientifiques ainsi que ceux des praticiens réglementés dans notre discipline. Les psychologues représentent le plus grand groupe réglementé de prestataires de soins de santé mentale spécialisés au Canada.

En se fondant sur la méthode scientifique pour élaborer une compréhension de comment nous pensons, nous nous sentons et que nous nous comportons, les psychologues appliquent leurs connaissances pour aider les personnes à comprendre, à expliquer et à modifier leur comportement. Les psychologues, les chercheurs et les praticiens travaillent tous dans de nombreux secteurs et contextes notamment les ministères et organisations gouvernementaux, les systèmes scolaires, les universités, les hôpitaux et les cliniques, les établissements correctionnels, l'industrie et les cabinets privés. Certains exemples du genre de problèmes que les psychologues étudient et/ou pour lesquels ils assurent des services de santé sont notamment les suivants :

- problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété, les phobies, etc.;
- les déterminants psychologiques de la santé et des facteurs psychologiques qui contribuent à la gestion de la santé et de la maladie;
- le traumatisme crânien, les maladies dégénératives du cerveau;
- les fonctions cognitives comme l'apprentissage, la mémoire, la résolution de problèmes, la capacité et le rendement intellectuels;
- le comportement criminel et la prévention du crime;
- les toxicomanies et l'utilisation et l'abus des drogues;
- le stress, la colère et autres aspects de la gestion du style de vie;
- les facteurs psychologiques dans le milieu de travail, dans le sport, dans les activités récréatives (p. ex. la motivation, le leadership, la productivité, les milieux de travail sains);
- les relations conjugales et familiales.

#### **LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA** (*coprésident de la Table de la santé mentale*)

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est la voix de la médecine familiale au Canada.

Représentant plus de 25 000 membres partout au pays et à l'étranger, le CMFC est l'organisation professionnelle responsable de l'établissement des normes de formation, d'agrément et d'éducation permanente des médecins de famille et la représentation au nom de la spécialité de la médecine familiale, des médecins de famille et leurs patients. Le CMFC assure

l'agrément de la formation en médecine familiale aux études supérieures des 17 facultés de médecine du Canada y compris les programmes de perfectionnement des compétences et de résidence de troisième année.

Le CMFC crée et administre les examens menant à l'agrément en médecine familiale et le certificat de compétence spéciale en médecine d'urgence. Les médecins de famille qui détiennent la désignation du CCFP doivent la maintenir en satisfaisant les exigences de maintien de la certification établies par le Collège.

Le CMFC appuie tous les Canadiens dans toutes les communautés ayant accès à un médecin de famille qui travaille en collaboration dans le cadre d'une équipe.

Les membres du CMFC appartiennent à l'une des dix sections provinciales qui s'engagent dans des activités de soins de santé locales. Un grand nombre de membres siègent à des comités nationaux et/ou provinciaux, des groupes d'étude et des groupes de travail pour aider à faire progresser la politique en médecine familiale, les programmes, l'éducation, la recherche, les représentations et les soins de santé aux patients.

### **ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES**

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) est une association professionnelle nationale qui représente plus de 12 000 ergothérapeutes au Canada. L'ACE compte aussi un réseau d'organisations bénévoles d'ergothérapie provinciales et territoriales qui sont des membres affiliés. L'ACE est une organisation sans but lucratif qui assure des représentations, des ressources et des services aux membres en vue de promouvoir l'excellence en ergothérapie. Dans le cadre des priorités stratégiques de notre association, l'ACE cherche à créer un environnement axé sur le résultat de processus pour l'ergothérapie, fait la promotion de la capacité de la main-d'œuvre, favorise des partenariats et des alliances et fait des représentations pour l'accès à l'ergothérapie.

### **ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX**

En tant que fédération de neuf organisations de travail social provinciales et une territoriale, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) représente plus de 17 000 travailleurs sociaux et assure un rôle de leadership national dans le renforcement et l'avancement de la profession de travailleur social au Canada.

Le travail social est une profession qui fait la promotion des changements sociaux visant à améliorer les conditions qui influencent la santé et le bien-être des individus, des familles, des groupes et des communautés; ils fournissent du counseling, de la thérapie et des interventions en résolution de problèmes en vue de créer des relations fonctionnelles entre le système et ceux qui interagissent avec lui. L'unicité de la pratique du travail social est dans le mélange de certaines valeurs, connaissances et compétences particulières, notamment l'utilisation de relation comme la base de toutes les interventions et le respect pour le choix et l'engagement du client.

Les travailleurs sociaux travaillent dans divers contextes notamment les hôpitaux, les centres de santé communautaires, les cliniques de santé mentale, les écoles, les organismes de représentation, les ministères gouvernementaux, les organismes de services sociaux, les contextes de bien-être de l'enfant, les organismes de service familial, les établissements correctionnels, les organisations de logement social, les tribunaux de la famille, l'aide aux employés et les programmes de counseling privé, les commissions scolaires et les organismes de consultation. Dans toutes les provinces il y a une réglementation du travail social et dans la plupart d'entre elles les travailleurs sociaux doivent satisfaire les exigences réglementaires pour exercer leur profession.

### **ASSOCIATION CANADIENNE DES ORTHOPHONISTES ET AUDILOGISTES**

Comptant plus de 5 500 membres, l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) est la seule association professionnelle nationale qui appuie les besoins, les intérêts et le développement des orthophonistes et des audiologistes et le personnel de soutien partout au Canada. Par ce soutien, l'ACOA est la championne des besoins des personnes ayant des troubles de communications.

L'ACOA offre diverses catégories de membres ainsi que l'agrément de ses membres. L'adhésion est offerte aux individus qui sont diplômés de programmes d'université canadienne en audiologie ou en orthophonie ou diplômés de programmes non canadiens jugés équivalents. L'un des domaines de résultat clés dans notre plan stratégique est « d'améliorer le contexte de la vie au travail des membres pour améliorer la prestation du service et l'accès. » L'un des principaux objectifs a trait aux conditions de travail et au bien-être des membres.

### **FÉDÉRATION CANADIENNE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SANTÉ MENTALE (FCIISM)**

La Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale (FCIISM) est la voix nationale des infirmières et infirmiers en psychiatrie et santé mentale (PSM) au Canada. Il s'agit d'un groupe associé à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), pour laquelle elle fournit de l'expertise pour la spécialité en question relativement aux soins infirmiers en santé mentale. La FCIISM compte plus de 1 000 infirmières et infirmiers qui travaillent dans une variété de contextes qui fournissent de l'intervention en soins infirmiers en santé mentale aux individus, aux familles et aux communautés. Même si la plupart des membres de la FCIISM sont des infirmières autorisées, d'autres désignations d'infirmières sont aussi bien accueillies.

Les principaux objectifs de la FCIISM sont d'assurer un leadership national dans l'élaboration et l'application des normes de soins infirmiers qui éclaire et influence la pratique des soins infirmiers psychiatriques et en santé mentale; examine et influence la politique du gouvernement et se penche sur des problèmes nationaux relativement à la santé mentale et à la maladie mentale; communique et collabore avec les groupes nationaux et internationaux qui partagent des intérêts professionnels; et, facilite l'excellence en soins infirmiers psychiatriques et en santé mentale en fournissant aux membres les ressources et les occasions d'éducation et de réseautage.

Une partie du but de la Fédération de faire progresser les soins infirmiers PSM au Canada suppose une stratégie de communications stratégique constituée d'un site Web interactif, un bulletin trimestriel, des occasions de réseautage et l'engagement dans des conférences et à des comités nationaux comme l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) et la Commission de la santé mentale du Canada.

La FCIISM organise une conférence nationale à tous les deux ans qui fournit l'occasion aux infirmières et infirmiers en PSM de se rassembler de partout au Canada, de partager les nouvelles, les mises à jour, de la recherche, des expériences et une richesse de connaissances sur plusieurs jours de conférences et de réseautage.

La Fédération a été mise sur pied en 1988 et a mis de l'avant un mécanisme d'accréditation national en soins infirmiers PSM. Elle a remis le certificat d'agrément à l'AIC sept ans plus tard. En conséquence des efforts de la Fédération, les infirmières et infirmiers partout au pays peuvent se qualifier pour l'agrément en soins infirmiers psychiatriques et en santé mentale et les infirmières et infirmiers agréés peuvent utiliser la désignation de certification en soins psychiatriques et en santé mentale - CSPSM(C) après leurs noms et porter l'épinglette de certification CAN officielle -- un symbole de réalisation professionnelle.

L'examen de certification en soins PSM compte le plus grand nombre de finissants de tous les examens de certification offerts par l'AIC. La FCIISM fait des représentations pour les compétences de base dans les programmes de premier cycle qui fait la promotion de l'inclusion de l'éducation en santé mentale dans l'enseignement de base des sciences infirmières.

Le bureau administratif de la FCIISM se trouve à Toronto, en Ontario. Le conseil d'administration compte des représentants de chaque province et territoire. Les réunions du conseil d'administration régulières ont lieu par téléconférence et en personne lorsque c'est possible.

En tant que voix nationale pour la spécialité des soins infirmiers en santé mentale, la FCIISM est fière de réaliser les buts établis par les membres en ce qui concerne la certification nationale de la spécialité; les normes nationales de pratique, et les compétences de base nationales étant des réalisations clés. Joignez-vous à nous et faites partie de cette voix.

### **ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE**

L'Association médicale canadienne (AMC) est une association professionnelle bénévole nationale constituée de 70 000 membres médecins. L'énoncé de vision de l'AMC est « une population en santé et une profession médicale dynamique ». L'un des cinq domaines de résultat clés du plan stratégique quinquennal actuel de l'AMC est « des médecins en santé » et un résultat clé dans ce secteur est de réaliser une santé physique et mentale améliorée pour les membres médecins. Cet objectif est principalement mis de l'avant par le Centre for Physician Health and Well-being de l'AMC, qui a été mis sur pied en 2003 afin d'aider les médecins canadiens à atteindre et maintenir leur niveau optimum de santé et de bien-être personnels. En 2007, l'AMC a coparrainé et collaboré à la mise en œuvre et l'exécution de la toute première

enquête exhaustive sur la santé mentale et physique des médecins canadiens, dont les résultats viennent d'être publiés (voir Frank E et Segura C dans *Can Fam Physician* 2009;55:810--1.e1-7). Cette enquête comportait certaines des questions qui ont été posées dans l'enquête majeure récente sur la santé des infirmières et infirmiers au Canada. L'AMC serait très intéressée à participer dans la création d'un instrument d'enquête commun qui pourrait être utilisé pour comparer les résultats entre les disciplines de la santé dans une variété de contextes de pratique.

### **ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA**

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) est une fédération de 11 associations et ordres d'infirmières et infirmiers provinciaux et territoriaux représentant plus de 136 200 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens.

L'AICC est la voix professionnelle nationale des infirmières et infirmiers autorisés, les appuyant dans leur pratique et faisant des représentations pour une politique publique en santé et un système de santé de qualité, financé par les deniers publics sans but lucratif.

L'AICC parle au nom des infirmières et infirmiers autorisés du Canada et représente les sciences infirmières canadiennes dans d'autres organisations et auprès du gouvernement à l'échelle nationale et internationale. Elle donne aux infirmières et infirmiers autorisés une association nationale forte par laquelle ils peuvent se soutenir et parler d'une voix puissante et unifiée.

#### *Buts de l'AICC*

Les buts de l'AICC qui sont définis dans les lettres patentes (révision de 1996) sont les suivants :

- Promouvoir des normes de pratique infirmière élevées, l'éducation, la recherche et l'administration afin de réaliser des soins infirmiers de qualité dans l'intérêt public.
- Promouvoir des pratiques réglementaires uniformes et de haute qualité dans l'intérêt public et en collaboration avec les organismes réglementaires des soins infirmiers.
- Agir dans l'intérêt du public pour les soins infirmiers et les infirmières et infirmiers au Canada, en assurant un leadership national et international sur les questions de soins infirmiers et de santé.

#### *Vision de l'AICC*

Les infirmières et infirmiers autorisés : des chefs de file et des partenaires faisant progresser la santé pour tous.

#### *Mission de l'AICC*

L'AICC est la voix professionnelle nationale des infirmières et infirmiers autorisés, les appuyant dans leur pratique et faisant des représentations pour une politique publique en santé et un système de santé de qualité, financé par les deniers publics sans but lucratif.

Pour réaliser sa vision et sa mission, l'AICC s'est fixée les objectifs suivants :

- L'AICC fait progresser la discipline des soins infirmiers dans l'intérêt du public.

- L'AIC fait des représentations pour une politique publique qui intègre les principes de soins de santé primaires (accès, pratique interdisciplinaire, engagement du patient et de la communauté, promotion de la santé y compris des déterminants de la santé et l'utilisation de technologie/rôles/modèles appropriés) et respecte les principes, les conditions et l'esprit de la Loi canadienne sur la santé.
- L'AIC veille à la réglementation des infirmières et infirmiers autorisés dans l'intérêt du public.
- L'AIC travaille en collaboration avec les infirmières et infirmiers, d'autres prestataires de soins de santé, les intervenants dans le système de santé et le public afin de mettre en œuvre et soutenir des environnements de pratique de qualité et des résultats positifs pour le client.
- L'AIC fait la promotion de la politique en santé et le développement, au Canada et à l'étranger, pour appuyer la santé et l'équité à l'échelle mondiale.
- L'AIC fait la promotion de la sensibilisation à la profession des soins infirmiers afin que les rôles et l'expertise des infirmières et infirmiers autorisés sont compris, respectés et optimisés au sein du système de santé.

#### **ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA**

L'Association des pharmaciens du Canada fait des représentations pour les pharmaciens et appuie ses membres pour faire progresser la profession et améliorer les résultats pour le patient. Par nos activités, l'APC continuera de fournir aux pharmaciens les outils, l'information et le leadership dont ils ont besoin pour protéger la santé et la sécurité des Canadiens.

#### **ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE**

L'Association canadienne de physiothérapie (ACP) est l'association professionnelle bénévole nationale pour la physiothérapie au Canada et représente plus de 10 000 membres. La mission de l'ACP est de « faire progresser la profession de physiothérapie afin d'améliorer la santé des Canadiens ». L'ACP promouvoit l'excellence dans la pratique de la physiothérapie et appuie la pratique éclairée par des données probantes et la traduction des connaissances dans tous les domaines de pratique.

L'ACP compte 11 sections provinciales, 14 divisions cliniques et deux assemblées. Le bureau national de l'ACP assure la prestation de programmes et services à l'échelle du pays. Ses sections gèrent les relations et le service professionnels à l'échelle provinciale alors que les divisions appuient le développement professionnel et le réseautage dans des domaines de pratique clinique particuliers; les assemblées desservent des groupes membres particuliers y compris le personnel de soutien et les étudiants.

#### **ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA**

##### *Notre mission*

En tant que voix nationale des psychiatres canadiens, l'Association des psychiatres du Canada fait des représentations pour les besoins professionnels de ses membres et fait la promotion de l'excellence en éducation, en recherche et en pratique clinique.

### *Notre vision*

Une profession forte pour une population en santé.

### *Objectifs de l'Association*

- De maintenir et développer une approche biopsychosociale dans la pratique de la psychiatrie et promouvoir la recherche et l'éducation permanente des membres en établissant et en maintenant des normes de pratique et en facilitant le maintien des compétences dans la pratique de psychiatrie générale et spécialisée.
- Promouvoir et participer aux programmes d'éducation nécessaires pour le soin des personnes ayant des troubles psychiatriques et la promotion de la santé mentale.
- Représenter la profession de la psychiatrie auprès des gouvernements, des universités, des associations médicales, des organismes de réglementation professionnels et de certification, et d'autres organisations avec qui les psychiatres du Canada peuvent avoir des relations de temps à autre.
- De publier des revues, des bulletins et d'autre documentation pour la diffusion des connaissances au sujet des troubles psychiatriques et la promotion de la santé mentale.

## **INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES ENREGISTRÉS DU CANADA**

Les Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada (IIPEC) donnent une voix provinciale, nationale et internationale unifiée aux Infirmières et infirmiers psychiatriques enregistrés du Canada avec une vision d'assurer la prestation de services de qualité en santé mentale pour tous les Canadiens.

Les IIPE représentent le plus grand groupe unique de professionnels de soins de santé dans le domaine de la santé mentale dans l'Ouest du Canada. Les IIPE sont aux premières lignes, travaillant en tant que membres clés dans une équipe de professionnels de soins de santé interdisciplinaire. Ils assurent la prestation de soins et services dans les hôpitaux, les établissements et les communautés et sont au cœur de la prestation des soins aux patients.

Les IIPE travaillent en partenariat complet avec les psychiatres, les psychologues, les infirmières et infirmiers autorisés, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les gestionnaires, les agences communautaires, les professionnels d'application de la loi et les prestataires de services sociaux.

## ANNEXE G

### DISCUSSIONS EN GROUPE DE TRAVAIL SÉANCE EN ATELIER 1

**QUESTION 1 : Dans quelle mesure les prestataires comblent les besoins des consommateurs? Qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?**

**1. Qu'est-ce qui fonctionne?**

**i. Disponibilité de personnel possédant diverses spécialisations**

1. En Alberta, une infirmière en soins psychiatriques est disponible sur appel au triage puis aiguille vers un psychiatre
2. Gestionnaires de soins établis au Royaume-Uni

**ii. Prestataires de soins de santé formés**

- Lorsque vous obtenez un bon fournisseur, les clients vont bien

**i. Efficacité des organisations de santé mentale communautaires.**

- Elles font du bon travail avec ce avec quoi elles doivent travailler

**2. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?**

**i. Manque de voix pour les consommateurs**

**ii. Manque de coordination et de collaboration au sein du système**

- On compte trop sur les services d'urgence
- Aucun guichet unique auquel une personne peut accéder
- Il faut un plus grand nombre de points d'entrée
- Lorsqu'une personne y arrive il n'y a pas de coordination entre les systèmes
- Besoin d'un dossier de santé électronique
- Besoin de soutien de la communication entre les services communautaires et le soutien et la santé mentale des patients hospitalisés
- Les utilisateurs ont besoin d'aide dans la navigation d'un système et de l'aide pour discerner ce dont ils ont besoin et le moment où ils en ont besoin
- Le système est étiré à sa limite
- Les prestataires travaillent en isolation
- Le système est très axé sur l'aiguillage



**iii. Manque de processus, de services et de prestataires de santé disponibles pour les personnes ayant une maladie mentale (contrairement aux personnes ayant des problèmes physiques)**

- Autre qu'un psychiatre, à qui d'autres les consommateurs peuvent-ils accéder dans le cadre du système financé?
- Lacune particulière dans le soin de suivi.
- Besoin de systèmes différents et de professionnels pour différents genres de maladies mentales.
- Le système doit être amélioré en ce qui concerne les enfants.
- Besoin d'une approche de services.
- Les prestataires en tant que groupe ont de la difficulté à satisfaire les besoins des consommateurs en raison du manque de ressources humaines et organisationnelles.
- Besoin de différencier entre le fournisseur de soins, le fournisseur de services et le fournisseur de ressources. Par exemple, ce qui semblerait être un problème de fournisseur de soins (p. ex. un problème lié à un professionnel de la santé particulier) pourrait réellement être un problème de service (c.-à-d. les politiques, procédures ou exigences opérationnelles d'un service ou d'un programme).
- Qui sont les prestataires? Les professionnels de la santé, le gouvernement assure le financement au système de soins de santé – le milieu politique pourrait ne pas avoir la volonté de fournir des soins parce qu'il n'y a pas de volonté sociale de le faire.
- Est-ce qu'un plus grand nombre de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières, etc. produit de meilleurs résultats?
- Le médecin de famille est souvent le fournisseur d'accès le plus facile.

**iv. Manque de soutien et de formation pour les professionnels de soins de santé**

Le système n'est pas établi en fonction du soutien des prestataires

- Les praticiens ne sont pas formés à gérer des problèmes qui nécessitent l'attention du reste du système.
- Les prestataires sur les premières lignes pourraient avoir une idée de la façon d'organiser un service, mais n'ont pas l'autorité de le mettre en place.
- Les consommateurs se sentent stigmatisés par certains prestataires.
- Certains prestataires sont paternalistes et ne respectent pas la personne qui reçoit le service.
- Il faut une plus grande compréhension entre les prestataires eux-mêmes des différentes formations et approches que chacun peut offrir.
- Il faut appuyer les travailleurs de première ligne et les prestataires de soins primaires afin qu'ils travaillent mieux avec les spécialistes.

**v. Nécessité d'une approche d'équipe**

- a. Un fournisseur seul ne peut pas fournir tous les services – il faut un éventail de prestataires pour satisfaire les différents besoins de santé mentale avec le temps.
- b. Le praticien seul peut être efficace, mais parfois l'absence de contacts et de collaboration peut être un obstacle à obtenir d'autre aide nécessaire.
- c. Il faut une vraie approche de partenariat plutôt qu'une approche axée sur le client ou une approche secteur-service.

**vi. Iniquité perçue selon le type de maladie mentale**

- a. La perception que les maladies mentales plus « graves » sont plus visibles et par conséquent plus aptes à être soignées.
- b. Les problèmes de santé mentale sont complexes.
- c. Le manque de traitement ou de protocoles standardisés pour soigner les problèmes de santé mentale.
- d. L'étiquetage des personnes avec un trouble spécifique (p. ex. de la personnalité) peut parfois limiter les traitements pour cette personne.

**vii. Inaccessibilité**

- e. Les personnes ayant des ressources (assurances, financières) sont plus aptes à être en mesure d'obtenir de l'aide, que celles qui n'en ont pas.
- f. Les personnes ayant des revenus plus élevés obtiennent de meilleurs services.
- g. Longues listes d'attente.

**viii. Nécessité de se concentrer sur la prévention et l'éducation publique**

- h. Il faut se pencher davantage sur la compréhension de la santé mentale.
- i. L'éducation doit trouver un équilibre entre l'expertise des prestataires de soins de santé et l'expérience vécue.
- j. L'intervention précoce semble manquer.
- k. Le défi de mettre des fonds dans des efforts de prévention est que, s'ils réussissent, vous avez le défi de mesurer l'absence de quelque chose.

**ix. Besoin de se concentrer sur la résilience (individuelle et communautaire) comme composant clé du rétablissement**

- Les communautés peuvent aider les personnes à gérer leur maladie mentale.
- Les communautés fournissent des réseaux sociaux.
- Former des personnes et la communauté à aider à gérer les personnes et le rétablissement.
- Il est important d'engager et d'obtenir la rétroaction des communautés en termes de planification des programmes communautaires.

x. **Les environnements de travail doivent être plus accommodants**

xi. **Gouvernement**

- Plus d'inclusion du gouvernement municipal dans la prestation de services/soins.
- Besoin d'un changement législatif pour satisfaire les besoins de services en santé mentale.

### **QUESTION 1 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- l. Le financement du gouvernement pour les programmes communautaires.
- m. Les personnes qui commanditent et qui appuient de financer et d'avantager l'occasion d'accroître la connaissance en santé mentale.

### **QUESTION 2 : Dans quelle mesure les systèmes appuient bien les prestataires et les consommateurs – qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas?**

#### **3. Qu'est-ce qui fonctionne?**

##### **i. Système de triage en Nouvelle-Écosse**

- 1. Évalue de façon précise – offre de groupes. Bon service pour les soins d'urgence, service correct pour les soins semi-urgents, essaie d'améliorer les soins réguliers.

##### **ii. Protocoles (bien qu'ils soient exigeants en temps et en main-d'œuvre) pour les prestataires de services (Ottawa)**

##### **iii. Lorsque les conditions du succès sont présentes comme avoir de l'argent, avoir un travail, vivant dans une grande ville avec de nombreuses ressources**

##### **iv. Compréhension des systèmes**

- La façon de naviguer dans les systèmes et la façon de référer entre eux (p. ex. soins de santé, justice, éducation)
- Souplesse au sein des systèmes

#### **4. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?**

##### **i. Moins de soutien pour les personnes qui ne travaillent pas ou qui n'ont pas d'avantages sociaux que pour ceux qui en ont.**

- Un grand nombre d'individus sont grandement compromis dans leur capacité de chercher à obtenir des services; un grand nombre de personnes sont limitées par le manque de finances, de soins dans le cadre d'un régime d'assurance, les options de soins privés ne s'offrent pas à eux, etc.

**ii. Différence dans les accommodements offerts entre les environnements de travail**

**iii. Il n’y a pas de bon type ou la quantité de ressources nécessaires**

- Manque de capacité
- Pas suffisamment de personnel pour combler les postes dans les régions rurales
- Essayer de faire davantage avec moins est très difficile
- Il y a un composant de santé mentale dans les soins pour les maladies physiques

**iv. Il faut être capable de maintenir le flot d’information entre les hôpitaux ou les prestataires de santé**

**v. Prise de décisions et droits reconnus par la loi**

- Le système n’écoute pas la voix des personnes
- Manque de choix du client
- Le système n’écoute pas la personne qui est capable de prendre une décision (p. ex. défenseur)
- Il faut penser attentivement à ce que sont les droits (reconnus par la loi) d’un client
- À titre de fournisseur, il est difficile de déterminer si une personne est vraiment capable de prendre une décision
- En Ontario, nous n’avons pas trouvé l’équilibre entre la protection des personnes lorsque la maladie nuit à leur jugement et le respect de leurs droits

**vi. Services insuffisants pour les enfants**

- Il n’a pas de bonne transition du soin de l’enfant à celui de l’adulte
- Manque de services pour les enfants (besoin d’un diagnostic afin d’accéder aux services)
- Les services que nous fournissons aux enfants sont axés sur la famille et puis, réellement individualisés pour les adultes
- La santé mentale des enfants est sous-financée en Ontario – sous le ministère des services aux enfants et aux jeunes. On voulait les mettre dans un autre ministère et ils se sont plaints qu’ils mettaient deux cousins pauvres ensemble
- Services pour les jeunes – une approche gouvernementale horizontale a été essayée – ils ne le font pas bien

**vii. Besoin de se concentrer sur la communication lorsqu’il s’agit d’éducation du public et de prévention**

- Certaines familles ne communiquent pas bien

**viii. Le système est rigide, il n'est pas réactif et pas coordonné**

- Nous n'avons pas un système pour les soins aigus ou chroniques de la maladie mentale.
- Il n'y a pas de voie au niveau du système en termes de trajectoire par le système comme pour le cancer, l'arthrite, la maladie du cœur.
- Lorsque vous étendez la responsabilité sur toutes les organisations, il n'y a pas de leadership, pas d'incitatif à collaborer, aucune organisation.
- Il n'aide pas de devoir passer d'un fournisseur de services à un autre.
- Le financement de la bonne quantité et de la bonne diversité de différentes disciplines est un défi. Les disciplines se font concurrence dollar pour dollar, plutôt que de travailler ensemble. Des compressions sont faites dans certains secteurs, lorsqu'en réalité, nous avons besoin de chaque service.
- Il semblerait que les occasions offertes sont dues au hasard et ce qui pourrait être disponible dans sa région géographique.
- Les clients veulent passer plus de temps avec leurs prestataires de soins afin de comprendre la complexité des problèmes et des options qui s'offrent à eux.
- Le système fait défaut au consommateur et au fournisseur; le consommateur pourrait ne pas avoir le choix de qui il voit et les praticiens sont limités dans le temps et les services qu'ils peuvent fournir.
- Les problèmes de prestataires de services et ce dont les patients ont besoin sont rattachés : ce que le patient a besoin est aussi ce dont le système a besoin.

**ix. Choix de traitements**

- Il y a des modalités de traitement essentielles, incluant mais sans y être limité la médication, qui dans les bonnes circonstances fonctionne.
- Les consommateurs sentent que la première option est de prescrire des médicaments pour un problème qui pourrait être plus complexe et/ou nécessiter davantage de services ou des services différents.

**x. Concentration insuffisante sur la prévention et l'éducation**

**xi. Inclusion insuffisante de services communautaires dans la satisfaction des besoins de ceux qui ont des problèmes de santé mentale**

**xii. En termes de visites au patient, les unités de patients hospitalisés ne sont pas conviviales au visiteur (enfermé, stérile)**

**xiii. La santé mentale est de responsabilité provinciale/territoriale plutôt qu'une initiative fédérale**

- L'incitatif et les ressources pour gérer le problème ne sont pas là.

## **QUESTION 2 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- Améliorer la communication entre les prestataires et les familles.
- Une approche exhaustive et systématique est justifiée.
- Améliorer l'accès aux services et au soutien et leurs systèmes et ressourcer ces prestataires essentiels. Besoin de souplesse au sein du système et au sein de la pratique du fournisseur.
- Il faut changer notre point de concentration de ce que le fournisseur de services a besoin à ce que le consommateur a besoin; les approches du haut vers le bas sont inefficaces.
- Il faut avoir des services différents qui collaborent mieux entre eux, de créer un plus grand nombre de partenariats, plus de communications, une meilleure coordination.
- Diminuer/abattre les « cloisons administratives » dans le système et créer une structure qui fournit un meilleur soin pour les problèmes de santé mentale.
- Inclure les consommateurs à chaque table de prise de décisions.
- Le financement des psychologues au sein de des régimes d'assurance-santé publics.
- Faire des représentations pour le changement législatif.

## **QUESTION 3 : Quelles sont les lacunes et les occasions pour mieux apparier la demande à l'offre de services et de soutiens en santé mentale?**

### **i. On a besoin de dossiers de santé électroniques qui sont transférables**

- Il y a un besoin de sentir que l'évaluation est fiable, que les personnes n'auront pas à répéter leurs histoires et les évaluations chaque fois qu'ils rencontrent un autre fournisseur.
- Il y a un manque de continuité – il faut recommencer chaque fois qu'un patient entre dans le système.
- Il faut assurer la confidentialité dans l'utilisation des dossiers de santé électroniques.

### **ii. Intégration et financement pour les organisations communautaires**

- Les organismes de service de counseling fournissent divers services à divers niveaux. Les services tertiaires sont gérés par des conseils communautaires et ont été réduits à mesure que le financement a été coupé.
- Les organisations communautaires doivent être intégrées avec d'autres systèmes de santé.

**iii. À moins qu'un membre de la famille d'une personne ne fasse des représentations pour elle, les personnes n'obtiendront pas les services dont ils ont besoin**

Les personnes doivent se faire entendre et faire des soins de santé mentale un point prioritaire pour les parlementaires. Ils ne le font pas parce que :

- Ils ont peur que la stigmatisation ne se perpétue.
- Les personnes ne sont pas suffisamment fortes pour faire des représentations pour elles-mêmes.
- Les personnes qui ont une crise de maladie mentale ne peuvent pas penser clairement.
- Elles ont le sentiment qu'elles n'ont pas le droit de faire des représentations pour elles-mêmes.

**iv. La santé mentale est un non-système en ce moment**

- Il faut un modèle de matrice plutôt qu'un mode linéaire, avec le bon nombre de prestataires de soins de santé.
- Le continuum de soins déjointé n'encourage pas l'intégration des services et des prestataires.
- Territorialité des services et prestataires; chaque système a ses propres formulaires, processus, territoires, etc. – il faut rationaliser le système.
- Les autorités de santé travaillent indépendamment l'un de l'autre et ne communiquent pas au sein des provinces ou entre elles.
- Manque d'intendance ou de responsabilité parce que personne n'est responsable ou chargé de la santé mentale.
- Il y a un manque de programme d'évaluation et par conséquent un manque de responsabilisation.

**v. Manque de norme communément acceptée entre l'évaluation et la prestation de services**

**vi. Besoin d'un ensemble de données minimum**

- appuyer la représentation
- recueillir ce qui se produit avec les médecins de famille
- comprendre comment la santé mentale influence la santé physique
- créer des points de référence pour ce qui est une liste d'attente acceptable en santé mentale

**vii. Il faut considérer l'offre et la demande; qui sont les professionnels et où sont-ils?**

- Le système d'éducation pour la formation des prestataires de soins de santé et les besoins de la société ne correspondent pas.



**viii. Besoin d'éducation du public**

- Formation à la résilience.
- Impartition de l'information au sujet des services qui existent pour appuyer la santé mentale dans le lieu de travail.
- Stigmatisation – c'est la raison pour laquelle les personnes n'ont pas confiance aux programmes PAE.

**ix. Améliorer l'accès de manière à ce que**

- les ressources pour la santé mentale vont où elles sont nécessaires
- les avantages sociaux (pour le service et le soutien) sont disponibles

**QUESTION 3 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- Besoin d'un dossier de santé électronique (DSE)
- Intégration du système de santé (c.-à-d. le système de soins de santé gouvernemental organisé) qui inclut le troisième secteur (ONG, aidants naturels, communautaire) afin de permettre aux patients de passer sans heurt de l'un à l'autre
- Changer le système en entier pour créer un système de soins de santé mentale réel qui reconnaît les rôles de tous les intervenants, les groupes communautaires, les patients, les soignants
- Besoin d'ensemble de données minimum

**QUESTION 4 : Quelles pourraient être certaines des modifications à court et à plus ou moins long terme qui pourraient être apportées de manière à ce que les services et le soutien soient davantage axés sur le client et plus accessibles?**

**I. Transformation du système**

- Macro-niveau
- Obtenir que la santé mentale soit incluse dans tout régime de santé fédéral et à l'agenda des membres du Parlement
- Intégrer la coalition et les partenariats dans le système (légal, éducation, hospitalier, soins de santé)
- Il pourrait ne pas être possible de changer complètement le système
- Nous avons besoin d'un système sur la supposition de capacité
- Approche de santé populationnelle

- Appuyer une réforme des soins primaires en incluant la santé mentale comme point de mire clé
- Faciliter l'accessibilité
- Les fonds devraient suivre le patient – les données montrent que ceci contribue aux temps d'attente les plus courts
- Investir dans la collaboration et les programmes communautaires
- Investir dans les soins primaires : accorder des montants d'argent forfaitaires aux cliniques médicales et leur permettre de déterminer la meilleure façon de dépenser le financement entre les disciplines de santé connexes multiples

### **Niveau de prestation du système**

- Les dossiers de santé devraient résider avec la personne, avec le médecin de famille ayant une copie de sauvegarde.
- Établir une carte d'identification avec tous les renseignements médicaux de la personne documentée qui est attachée à la personne et non pas à une installation de santé ou à un professionnel.
- Il y a de petites façons de fournir un menu plus large de services. Ce n'est pas seulement ce qui est disponible, mais quand. Il faut que le service soit rendu lorsque le client et la famille sont prêts.
- Il faut une approche davantage axée sur la collaboration pour les soins de santé. Il y a un besoin d'incitatifs pour rendre les prestataires de soins de santé responsables du soin aux patients et de la collaboration nécessaire avec les autres intervenants appropriés d'une manière opportune.
- Les clients doivent être en mesure de se rendre à une place pour obtenir tous leurs soins. Fournir tous les besoins de soins en même temps – logement, tous les traitements, etc.
- Il faut un système qui tient compte des troubles concomitants – soit l'abus des drogues et de l'alcool ou le retard de développement/intellectuel.
- Passer vers les soins primaires et la gestion de la maladie chronique plutôt que les soins épisodiques.
- L'équipe d'intervention rapide du Nouveau-Brunswick est constituée de travailleurs sociaux, de psychologues et/ou d'une infirmière en soins psychiatriques et un psychiatre sur appel qui viendra et évaluera les soins d'un individu qui est admis à un hôpital. Ceci permet un accès rapide au patient. C'est un code qui permet la prestation d'un service rapide à l'individu et qui par conséquent démontre que les professionnels reconnaissent qu'il s'agit d'une urgence.
- Manque de ressources formées et d'organisation de soins.
- Définir les normes de temps d'attente pour la maladie mentale.
- Appuyer les cliniques de santé familiales et les équipes de santé. Besoin d'une communication centralisée (p. ex. tenue de dossiers médicaux) au sein du système de santé (il serait idéalement national et non seulement provincial).
- Les « problèmes de confidentialité » nuisent à la communication.

- Évaluer la satisfaction du client.

### **Niveau du fournisseur**

- Besoin de RSM qui ont une formation en santé mentale aux points d'entrée où elles sont nécessaires. Il y a une différence si les travailleurs de première ligne ont une formation et des compétences dans l'évaluation de la santé mentale.
- La reconnaissance que certains clients/patients ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent s'exprimer au cours d'un rendez-vous auquel on leur accorde cinq minutes avec le médecin de famille.
- Encourager l'inclusion de la santé mentale lorsqu'on discute de santé avec la famille sur une base générale. Pour normaliser la maladie mentale et accéder aux services de santé mentale, intégrer les idées du bien-être, comment la maladie a nui à votre relation, votre santé mentale.
- Préoccupations au sujet de l'enregistrement des perceptions en gérant les problèmes de santé mentale; problèmes physiques, comme les niveaux de cholestérol, sont standardisés.

## **II. Sélection préventive et programmes**

- Considérer une sélection hâtive pour des vulnérabilités en santé mentale particulières.
- Aider la population canadienne à comprendre le coût et l'omniprésence des troubles mentaux.

## **III. Éducation**

- L'éducation au sujet du type de services qui sont offerts et quand ils peuvent être nécessaires.
- Accroître la compréhension de la santé mentale des Canadiens.
- Ne pas ignorer les signes et les symptômes de la maladie mentale parmi ceux dans votre communauté.
- Éduquer les décideurs.
- Le secteur privé et les médecins doivent aussi être éduqués de manière à ne pas contribuer à la stigmatisation.
- Élaborer des trousseaux à outils (ressources, comment faire pour...).
- Besoin de champions reconnus; les personnes ont besoin de partager leurs histoires.

## **IV. Transfert des connaissances au sujet des pratiques exemplaires**

- Il y a beaucoup de choses que nous savons déjà que nous ne mettons pas en œuvre.

**V. Analyse économique d'investissement en services de santé mentale, évaluation et recherche**

- Examiner le produit national brut et le déficit national brut; il faut créer une formule qui démontre comment les coûts de traitement des problèmes de santé mentale peuvent être récupérés de façon appropriée par une productivité accrue au cours des dix années suivantes.
- Utiliser/créer des calculateurs de coûts pour le système pénitencier pour démontrer l'analyse économique de *ne pas* traiter les problèmes de santé mentale.

**VI. Le navigateur pour les consommateurs pour leur aider à naviguer dans le système de soins de santé mentale**

**QUESTION 4 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- Un budget/carte de crédit que porte la personne et motivée par leurs besoins.
- Les hôpitaux et d'autres établissements doivent parvenir à l'évidence qu'ils doivent inclure de façon efficace les consommateurs à leurs tables de prise de décisions et ceci devrait être lié au financement.
- Un patient qui arrive à l'hôpital avec une grave maladie mentale/psychose devrait être traité de la même façon et dans la même urgence que quelqu'un ayant des douleurs sévères à la poitrine.
- Suivre les temps d'attente pour les personnes qui cherchent à obtenir des services en santé mentale, afin de créer de meilleurs services de triage qui ne créent pas de situation de stigmatisation pour les individus.
- Introduire les compétences de base parmi les professionnels de la santé mentale connexes (p. ex. médecins, psychiatres, psychologues). Créer une compréhension de la santé mentale parmi les personnes qui travaillent dans les urgences d'hôpitaux.
- Il doit y avoir un service disponible pour le suivi. Il ne s'agit pas seulement d'une question de service pour les personnes qui sont admises dans le système, mais aussi lorsqu'ils retournent à leurs maisons et dans leurs communautés.
- Nous devons évaluer si les situations de soins à domicile des personnes sont sains et facilitent le rétablissement.
- Effectuer davantage de sélection de prévention de routine – nous ne pouvons gérer ce que nous ne pouvons pas mesurer.
- Prendre certaines de ces recommandations (p. ex. une par province) et effectuer une analyse économique sur la santé à long terme pour qu'une province ne s'engage pas sans preuve. Aussi il serait utile que les provinces parlent entre elles davantage au sujet de leurs pratiques efficaces.
- Un menu d'outils d'éducation du consommateur lorsqu'il entre dans un service de santé mentale ou une salle d'urgence à l'hôpital.
- Créer une trousse à outils (ressources, comment faire pour...).

- Appuyer les traitements efficaces – p. ex. les médicaments ont fait beaucoup de bien pour les personnes avec des troubles mentaux.
- Réformer le système, non seulement les types de prestataires et l'accès aux prestataires, mais aussi les modèles de service humain différents dans le soin en collaboration à l'appui des clients.
- Faire une meilleure utilisation de la technologie pour assurer la prestation de soins (vidéoconférence; santé mentale à distance).
- Accroître les ressources dans les petites villes (p. ex. créer des partenariats, utilisation de la technologie).
- Augmenter les partenariats entre les services pour les clients.
- Nous devons nous attaquer à la formation du personnel de première ligne (personnel des salles d'urgence, agents de police, enseignants, etc.). Premiers soins en santé mentale (Australie).
- Il faut se pencher sur le problème du manque de psychologues dans le système de soins public.
- Il faut améliorer / éduquer la population canadienne au sujet des problèmes de santé mentale.
- Déterminer ce que sont les meilleurs mécanismes de financement? Par tête ou selon les besoins parce que les populations diffèrent.
- Nous avons besoin d'un organisme directeur qui établira les normes uniformes pour les services en santé mentale dans toutes les provinces.

## **DISCUSSION EN GROUPE DE TRAVAIL SÉANCE EN ATELIER 2**

**QUESTION 1 : Dans quelle mesure y a-t-il appariement entre ce que les preuves démontrent comme pratique exemplaire et ce qui est accessible? Où sont les lacunes?**

### **i. Culture et volonté politique**

- La culture au sein d'un lieu de travail et entre les professions peut être un obstacle au bon travail d'équipe.
- Un changement dans la culture et l'ambiance est nécessaire; anecdotes personnelles que comprennent les décideurs.

### **ii. Collaboration**

- Continuité dans la prise de décisions : les différents ministères en santé et services gouvernementaux ne se parlent pas; les gouvernements et leur personnel perdent le momentum.

- Certains médecins de famille sont hésitants à aiguiller un patient vers un autre type de professionnel de la santé.
- Nous devons avoir une approche plus exhaustive aux problèmes; il est impossible d'examiner le problème du logement sans examiner la pauvreté et la nutrition.
- Réseaux de santé électroniques, etc. sont bons, mais pas suffisants.
- Il est extrêmement difficile d'abattre les cloisons administratives entre les secteurs (p. ex. les écoles fournissant des systèmes de santé mentale au sein des écoles).
- Les limites et les tensions administratives doivent être éliminées.
- Si nous connaissons le rôle des autres personnes, d'autres rôles professionnels, ceci encouragera la collaboration.
- Peu importe votre concept d'équipe, il faut l'intégration de services.

### **iii. Formation et attitudes des professionnels de la santé**

- La portée de la pratique ou des mandats des prestataires de services de santé peut être très étroite; ils peuvent prendre soin d'un problème, mais ne sont pas mandatés pour travailler sur un autre.
- Les professionnels sont parfois sectoriels et ne veulent pas partager un patient avec un autre fournisseur qui offre un service qu'ils n'offrent pas.
- Les praticiens dans le privé se concentrent sur les secteurs ou la pratique d'intérêt plutôt que de répondre au besoin.
- Nous devons étendre la portée de la pratique de l'ergothérapie.
- Les gestionnaires dans le système de santé n'ont pas l'expertise nécessaire en administration professionnelle.
- Aucune norme nationale pour les soins de santé mentale, ce qui crée un vaste écart d'un bout à l'autre du pays.
- Impossible de changer un problème sans s'occuper de la formation des professionnels de la santé mentale.
- Les exigences doivent changer pour les résidents (omnipraticiens, psychologie, travail social) de manière à ce qu'ils puissent aller dans le domaine de formation en santé mentale (se rendre au client ou à la famille, travailler avec les forces policières, travailler dans les bureaux de praticiens privés).
- Tenir la rotation en santé mentale tôt au début de la formation.

### **iv. Financier**

- Difficultés de procurer l'accès aux médicaments.
- Si vous avez l'argent, vous avez accès parce que les services psychologiques ne sont pas couverts par le financement public.
- Les centres familiaux ont tendance à obtenir du financement financier, sans les exigences d'embaucher des professionnels de la santé particuliers ou s'attaquer à des besoins de soins de santé mentale; les décisions en matière de soins de santé ne sont pas fondées sur des données épidémiologiques.

- Il arrive souvent que les services recommandés par les professionnels de la santé ne soient pas financés.
- Même s'il arrive que les ministres provinciaux soient d'accord sur une idée (entente en principe), la réponse la plus courante tend à être que l'activité ou l'initiative ne provient pas de leur budget (mais pas en pratique).
- Coût énorme associé au nombre de personnes qui sont incarcérées ayant des problèmes de santé mentale.
- Le financement est souvent fondé sur des points de vue politiques/votes plutôt que ce que les prestataires de soins de santé ou les données probantes pourraient recommander.

**v. Traduction des connaissances, pratique fondée sur des données probantes**

- Nous savons suffisamment ce qui fonctionne en termes de service et de traitement en santé mentale; la lacune est de savoir comment traduire la recherche en lignes directrices et en pratique.
- Nous savons ce qui fonctionne mais nous ne donnons pas l'accès à ces services.
- Il est difficile de mettre en œuvre des lignes directrices lorsque les preuves sont faibles.
- Les personnes ne mettent pas en œuvre la recherche fondée sur les données probantes.
- Les lignes directrices peuvent limiter la prestation de services, particulièrement lorsque les bailleurs de fonds se concentrent sur les lignes directrices de façon concrète, plutôt que de se laisser guider par celles-ci.
- On hésite à laisser l'évidence avoir plus de poids que l'expérience de travail antérieure.
- Les systèmes existants semblent gêner les pratiques exemplaires – les médecins semblent avoir de la difficulté à gérer les besoins, les pressions, à faire les rendez-vous, à communiquer avec d'autres professionnels de la santé.
- L'équipe de suivi intensif dans le milieu (remontant à 1961) n'est pas utilisée beaucoup; maintenant connu sous le nom de programme de suivi intensif dans la communauté (PACT).
- Le critère d'exclusion associé aux programmes limite l'accès.
- Les personnes (consommateurs) ne savent pas où aller pour accéder à la pratique fondée sur des données probantes. Nous sommes prisonniers d'un modèle de transfert par rapport à un modèle de transition (les personnes sont dirigées vers les services et ils n'obtiennent pas toujours le bon service pour satisfaire leur besoin. Un modèle de transition aiderait la personne à accéder aux bons services).

## **QUESTION 1 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- Bon fournisseur, bon moment, bon endroit.
- Besoin d'une volonté politique.
- Il n'y a pas d'occasions/modèles pour entendre les succès, les trousseaux à outils sont en voie d'être créés. Il n'est pas nécessaire de partir de rien.
- Changer la culture des professionnels et de la façon qu'ils sont formés de manière à encourager la collaboration.
- Obtenir que le spectre de professionnels en entier s'attaque à tous les aspects des problèmes du patient ayant un problème de santé mentale.
- Améliorer l'accès à l'information pour le consommateur au sujet des options de service.
- Un plus grand nombre de services communautaires.
- Un plus grand nombre de ces services en général – à court terme cela coûtera cher, mais pourrait être plus économique à long terme pour être efficace, mais une augmentation d'ensemble du budget sur une longue durée est nécessaire. Les taux de récidivisme et de réadmission diminueront cependant avec le temps. Ainsi, les coûts pourraient diminuer par individu; dans l'ensemble, avec un plus grand nombre de personnes recevant les services, les coûts pourraient augmenter. Il s'agit d'une conclusion litigieuse – d'autres économies de coûts pourraient se produire si les malades mentaux qui sont actuellement desservis par le système de justice pénale pouvaient être desservis par le système de santé mentale.
- Lacune entre services et ce qui est accessible? La couverture médiatique est toujours au sujet d'une défaillance de service, jamais quelqu'un qui a reçu des services appropriés et qui a été guéri.
- S'il y avait une chose qui pourrait être changée et qui pourrait aider la génération suivante, serait de réduire le tabagisme et la consommation d'alcool par les femmes enceintes.
- Travailler sur le manque de normes de soins.
- Diminuer le chevauchement entre les autorités de santé.
- Accroître l'éducation dans les secteurs et chez les intervenants.
- Trouver un problème et une personnalité politique qui est prête à s'engager, puis travailler sur ce problème.



## **QUESTION 2 : Quels sont les obstacles et les occasions pour constituer une équipe qui fonctionne?**

### **Occasions**

#### **i. Financières**

- De nombreux gouvernements provinciaux (p. ex. l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique) financent des équipes de soins de santé primaires, ce qui est une priorité en termes de politique et de volonté politique.

#### **ii. Traduction des connaissances**

- Tirer des leçons des histoires à succès au niveau communautaire et utiliser les trousseaux à outils et les lignes directrices existantes. Les consommateurs et les prestataires doivent avoir des connaissances au sujet de ce que chacun fait et fournit et comment communiquer entre eux.
- Nous devons augmenter les connaissances chez les intervenants des diverses pressions qui nuisent à d'autres parties du système. Cette connaissance et cette compréhension accrues peuvent améliorer la pratique.

#### **iii. Collaboration**

- Collaboration entre l'omnipraticien et le spécialiste : réaliser que chacun a une portée distincte, mais aussi une portée partagée.
- Dans les régions rurales il y a des partenariats, des collaborations, une intégration des services meilleurs parce que les ressources sont moins nombreuses et la collaboration est une nécessité. Dans les régions où les ressources sont plus élevées nous ne sommes pas forcés de la même façon à réaliser que nous avons une responsabilité collective. Un point de mire communautaire aide les professionnels à constater que : « nous avons un rôle et une responsabilité collectifs ».
- Le soutien pour un plus grand nombre de modèles de formation en collaboration pour les professionnels de la santé. Les conversations à ce point doivent avoir lieu : si nous formons quelqu'un, que savons-nous réellement au sujet de l'accès, des lacunes, des soins interprofessionnels et en collaboration.

### **Obstacles**

#### **i. Financiers**

- Certains services sont financés et d'autres ne le sont pas.
- Nous avons besoin d'un financement soutenu.

- Les prestataires de soins de santé ont besoin d'incitatifs financiers pour travailler ensemble en tant qu'équipe.

## ii. Politique

- Manque de politique et de mandat pour introduire le changement.

## iii. Organisation du système de santé

- Les différences entre le service communautaire et la pratique privée et ils ont tous deux leurs propres obstacles.
- La concurrence entre différents professionnels : il faut améliorer le respect et les valeurs dans les groupes de prestataires.
- Les règles de décision régissant comment les équipes de santé familiale sont constituées, comment les échelles salariales sont déterminées – celles-ci varient d'une équipe à une autre.
- Il faut clarifier qui fait quoi et qui peut le faire en termes de service de santé (p. ex. les équipes dirigées par des infirmières praticiennes).

## iv. Formation des prestataires de soins de santé

- La formation dans des cloisonnements administratifs qui ne produisent pas les praticiens qui peuvent travailler en collaboration.

### **QUESTION 2 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- Rationaliser les listes d'attente, réduire les temps d'attente.
- Fournir des opportunités informelles pour rassembler différents professionnels, afin de faciliter leur travail ensemble.
- Ne jamais perdre de vue le consommateur dans la planification et la prise de décisions.
- Appuyer la formation interprofessionnelle.
- Apprécier les différentes expertises des personnes sur l'équipe.

**QUESTION 3 : Quel changement faut-il apporter au système pour appuyer la création et le fonctionnement d'équipes et de services qui assurent la prestation de soins fondés sur des données factuelles?**

**i. Formation**

- Le besoin de formation fondée sur les compétences et les normes entre les professions - particulièrement les diagnostics de toxicomanies et de comorbidité.
- La façon où les prestataires ont été formés il y a 20 ans est différente de la façon où les prestataires sont formés aujourd'hui.
- Besoin de plus d'occasions de mentorat.

**ii. Attitude des prestataires de soins de santé**

- L'arrogance chez les prestataires de soins de santé; communication de haut en bas en termes de dire aux patients ce qu'ils ont à faire.

**iii. Base de données probantes**

- Besoin d'un engagement à l'évaluation du programme au niveau individuel et au niveau du programme – fondée sur les objectifs d'un programme ou d'un traitement.
- Utiliser les outils et les traitements que nous savons qui fonctionnent.
- Considérer l'approche de données probantes fondées sur la pratique par opposition à la pratique fondée sur des données probantes.
- L'équipe a besoin de ressources suffisantes pour assurer la prestation de soins fondés sur des données probantes.

**iv. Financier**

- Parfois les équipes sont coûteuses et ne sont pas nécessairement efficaces si on considère les résultats produits.
- Fournir du financement aux équipes d'administration provinciales/territoriales afin de rencontrer les professionnels de la santé pour examiner les systèmes.
- Besoin de financement pour une approche d'équipe par opposition à une approche en cloisonnement administratif – il faut changer la façon de penser – le financement peut se faire pour des codes de facturation, des réunions d'équipe, un modèle clinique, les facilitateurs pour assurer la liaison avec la communauté et les médecins.
- Les spécialistes sont rémunérés pour du travail en tête à tête, pas nécessairement, pour la supervision et le travail d'équipe/groupe.

**v. Besoins en matière de données**

- Besoin de données sur l'état du système en termes de nombre de professionnels de la santé mentale, de l'expertise, de l'emplacement géographique, les équipes par opposition aux pratiques individuelles.

**vi. Système de santé**

- Considérer la santé mentale comme une maladie chronique et la prioriser en conséquence.
- Besoin d'un navigateur dans le système pour aider les patients à tous les points d'accès – il serait rentable.

**vii. Approche de l'équipe de collaboration**

- Le système a besoin de mandater une approche fondée sur l'équipe qui intègre les professionnels de la santé mentale.
- Il faut être clair sur ce qu'on entend par le terme « équipe » – devrait inclure les travailleurs de soutien des pairs, les organisations de consommateurs, la famille – l'étendue/la largeur de l'équipe dépend de la complexité d'un problème, l'emplacement des personnes.
- Les populations vulnérables ont besoin d'une voix; les sans-abri ayant une maladie mentale n'ont pas été inclus dans le forum – ils ont plusieurs problèmes d'accès.
- Besoin d'une équipe de base à un endroit avec accès aux autres nécessaire.

**viii. Traduction des connaissances**

- Besoin d'une traduction et d'un transfert des connaissances de façon à ce que les consommateurs puissent faire un choix éclairé au sujet des services et du soutien.
- Les équipes ont besoin d'être sensibilisées à la pratique exemplaire – un membre de l'équipe doit appuyer le transfert des connaissances entre les divers membres de l'équipe.
- Le transfert des connaissances doit aller au-delà de la CSMC et dans le système de santé.
- Les médias peuvent aider au transfert des connaissances.
- Financement du transfert et de la traduction des connaissances.

**QUESTION 3 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- Examen de différents modèles de rémunération pour les médecins.
- Besoin d'un meilleur transfert d'apprentissage et une formation en comorbidité (p. ex. toxicomanie).
- Évaluation des services (individuel et programme)

**QUESTION 4 : Quels autres genres de modifications sont nécessaires afin d'assurer le bon service, du bon fournisseur, à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit? (p. ex. des changements à la culture et au contexte du milieu de travail, des changements à l'attitude du fournisseur, des changements aux attentes du client)**

**i. Il faut considérer la santé mentale comme une partie de la santé pour laquelle il faut absolument examiner le logement, l'emploi, etc.**

- Assurer que les consommateurs se trouvent sur la bonne liste d'attente pour le bon service.
- Tout le monde a un problème de santé mentale à un point de la vie. Le fait d'avoir un problème de santé mentale ne devrait pas vous définir.

**ii. Formation des prestataires de soins de santé**

- Besoin d'une formation spécialisée pour les problèmes de santé mentale particuliers.
- Besoin de changer les exigences des programmes de formation afin d'accommoder de nouveaux modèles de prestation de soins de santé comme les soins en collaboration.
- Nous devons affecter des fonds pour donner des occasions à des équipes de santé mentale de « faire un » – p. ex. une demi-journée par mois pour la présentation de cas complexe où tous les professionnels de la santé assistent, présentent leurs perspectives et améliorent la compréhension.
- Besoin de programmes de mentorat.
- Certains médecins de famille ne sont pas confortables dans la gestion des problèmes de santé mentale.
- Besoin d'un changement culturel chez les professionnels de la santé en termes de maladie mentale, soins en collaboration, etc.

**iii. Formation d'équipe**

- Les populations/besoins divers font appel à une équipe diversifiée.
- Besoin de quelqu'un sur une équipe dont le rôle primaire est le bien-être de l'équipe.
- Les spécialistes doivent interagir avec l'équipe.
- Besoin de plus d'inclusion de la direction de haut en bas.
- Les équipes doivent être intégrées.
- Besoin de travailleurs pour le soutien des pairs.

#### **iv. Systèmes**

- Faciliter l'accès à tous les services à un endroit.
- Les prestataires de santé doivent être inclus dans les discussions portant sur les changements du système.
- Il est très utile d'avoir un gestionnaire de cas (p. ex. après avoir eu un premier épisode). Si vous avez besoin d'emploi, d'aide sociale, etc. – ils sont en mesure de vous guider dans la bonne direction ou vous aider à naviguer dans le système.
- Différents outils de navigation dans le système et d'outils de courtage de services pour faire des représentations pour vous (p. ex. les sans-abri, les personnes dans les régions éloignées).
- Nous avons besoin de dossiers de santé électroniques.
- Les contextes doivent être ouverts pour changer les formulaires respectifs pour un processus plus standardisé.

#### **v. Base de données probantes**

- Affecter des ressources à la psychothérapie et la rendre accessible compte tenu qu'elle est fondée sur des données probantes.
- Si des traitements connus fonctionnent, nous devrions les utiliser.
- La recherche ne peut pas seulement être faite par des chercheurs dans les universités et les pharmaceutiques.
- La recherche doit se concentrer sur différentes populations.
- Les questions de recherche doivent émerger des premières lignes puis retourner aux universitaires.
- Besoin davantage de recherche sur la façon de reconnaître les déclencheurs de manière à pouvoir intervenir plus rapidement.

#### **vi. Financement**

- Il faut apporter des changements dans les appels de propositions vers des modèles qui sont transférables dans d'autres communautés pour une utilisation/adoption – aujourd'hui, les communautés semblent très protectrices de leur financement – passer vers un financement de l'information communautaire.

#### **vii. Loi en matière de protection de la vie privée**

- La loi en matière de protection de la vie privée est devenue insidieuse.

#### **viii. Inclusion du consommateur**

- L'équipe doit inclure les consommateurs et leur famille dans la prise de décisions et l'évaluation continue de l'efficacité du traitement; on ne peut simplement se reporter à la volonté du spécialiste.

- Le système doit reconnaître le patient dans la prestation de soins.
- Il y a différents degrés d'accueil en ce qui concerne l'engagement du consommateur dans le processus de prestation des services.

**ix. Lacune dans les ressources**

- Les ressources ne sont pas mauvaises lorsque les enfants sont très jeunes, mais ceux-ci sont très mal desservis de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> années.
- Difficile de trouver un médecin de famille dans certaines villes/provinces.

**x. Système d'éducation**

- Éducation permanente et soutien pour les enseignants compte tenu de leur échange avec les étudiants ayant des problèmes de santé mentale.
- L'école offre une possibilité de détection précoce.

**xi. Accès**

- Difficulté d'amener des patients dans certains programmes.
- La plupart des consommateurs ne savent pas où aller pour obtenir des services.
- Il y a de longues listes d'attente lorsqu'on essaie de lier les patients avec les services appropriés.
- Il faut un guichet unique où on peut s'occuper de tous les problèmes
  - Un guichet unique où les prestataires ont des compétences multiples pour aider aux problèmes multiples (concurrent)
  - L'approche du guichet unique donne vraiment l'occasion de soin de santé holistique dans lequel un traitement systématique peut être adapté aux différents problèmes.

**xii. Changement de politique, volonté politique**

- Les membres du Parlement ont besoin d'éducation/formation en ce qui concerne les problèmes de santé mentale.
- Les représentants du gouvernement veulent qu'on leur présente des solutions.
- Les bulletins de rendement sont très utiles.
- Nous avons besoin de la volonté politique pour déclarer un ensemble d'objectifs concernant la santé mentale à une date déterminée.

**xiii. Collaboration et communication entre les prestataires de soins de santé**

- Manque de communication entre les professions.
- Les professionnels ont besoin de connaître l'expertise d'autres prestataires de soins de santé.

- Nous devons organiser des rencontres autour de la portée de la pratique de chaque professionnel de manière à ce que les autres puissent apprendre.
- Les omnipraticiens ne connaissent pas l'expertise particulière d'autres professionnels de sorte qu'ils ne peuvent pas aiguiller convenablement.
- La protection du territoire au sein des professions de la santé est un gros problème.
- Dans un contexte d'équipe, tous les membres ont quelque chose à offrir.
- Comment une personne dans les soins communautaires peut mieux se pencher sur les besoins d'un médecin et vice-versa?
- Besoin de changer ce que nous récompensons et s'assurer que les activités concentrées sur le système ne sont pas récompensées à la place des activités axées sur le client.

#### **xiv. Options de traitement**

- Les consommateurs demandent et sont ouverts à des traitements traditionnels et non traditionnels (p. ex. massothérapie...).
- Les patients devraient bénéficier de toutes les options, même si le professionnel de la santé n'est pas en mesure de fournir toutes les options dont ils discutent avec le client – ils peuvent faire l'aiguillage approprié.
- Parfois il est plus difficile d'obtenir un service pour les problèmes de santé mentale qui se manifestent à l'intérieur, par opposition à l'extérieur.
- Nous sommes encore très « centrés sur les services d'urgence »; ce n'est pas toujours à l'avantage de résultats efficaces et voulus.

#### **xv. Les employeurs et les sociétés d'assurance**

- La parité et le respect des personnes en congé pour des raisons de maladie – physique ou mentale.
- Les employeurs n'acceptent pas toujours de payer pour des services que les employés ont besoin lorsqu'ils reviennent au travail.
- Il semblerait qu'on ait des fonds illimités pour les médicaments, mais on limite le nombre de séances pour les psychologues.
- Intégrer des jours de santé mentale désignés dans les programmes de santé en milieu de travail.
- Les employés hésitent à utiliser les PAE ou craignent de partir en congé de stress par peur de récrimination future (p. ex. ne pas obtenir une promotion).

#### **xvi. Compréhension de la santé mentale et stigmatisation**

- La stigmatisation est un problème continu; il faut s'y attaquer à tous les niveaux.
- La compréhension de la santé mentale aidera à l'identification précoce et aidera les personnes à poser des questions et à obtenir de l'aide.
- Faire de la santé mentale un point de mire de l'éducation anti-stigmatisation et mandater une exigence qui s'harmonise à des stratégies d'anti-intimidation et discrimination.



- Besoin de diffuser l'information au sujet du déclenchement des troubles.
- Les professionnels de la santé doivent visiter les groupes communautaires (p. ex. les clubs des garçons et filles) afin de sensibiliser la communauté à la santé mentale et aux services et aux traitements en santé mentale.

#### **QUESTION 4 SUR LES RECOMMANDATIONS**

- De grandes équipes ayant une allocation pour la spécialisation dans divers troubles de santé mentale.
- Besoin de quelqu'un pour veiller au bien-être de l'équipe – quelqu'un qui comprend la dynamique.
- Utilisation de la technologie dans les régions rurales pour accéder aux spécialistes d'une équipe où il y a des lacunes.
- Identifier le modèle de champion, point de référence.
- Besoin de tirer des leçons des exemples qui fonctionnent et de les assimiler.
- Adopter une approche axée sur la population à la santé et aux soins de santé.
- Améliorer l'expérience patient/utilisateur dans le système.
- Apporter des améliorations d'une manière économique.
- Il devrait y avoir quelqu'un dans l'équipe qui informe le reste de l'équipe au sujet des ressources qui existent.
- Accroître le niveau de confort des personnes en soins primaires.
- Les enseignants, les prestataires de santé dans les maisons de soins infirmiers sont vraiment en première ligne. Certaines personnes ne vont même pas à leurs médecins. Nous devons appuyer ces personnes pour qu'elles ne se sentent pas seules.
- Besoin d'un navigateur dans le système ou d'un courtier en services. Si vous êtes nouveau dans le système, vous ne savez pas où aller.
- Détection précoce (travail, école, soins primaires).
- Harmonisation des services, guichet unique multi-accès, où vous pouvez obtenir tous les services dont vous avez besoin.
- Le système doit reconnaître les besoins des clients de manière à ce qu'ils soient le consommateur et le décideur des services.
- Rendre l'éducation en santé mentale obligatoire dans les écoles et le milieu de travail.

**DISCUSSIONS EN GROUPE DE TRAVAIL**  
**SÉANCE EN ATELIER 3**  
**PROCHAINES ÉTAPES POUR S'ATTAQUER AUX PROBLÈMES D'ACCÈS**

**i. Dans la séance en atelier trois, les participants ont résumé leurs impressions à leur départ en plus d'identifier les prochaines étapes. Les impressions de départ du forum qui ont fait l'objet de discussion dans la séance en atelier trois sont décrites ci-dessous et sont séparées de la collecte d'information dans les évaluations du forum dont on fait état plus loin dans le présent rapport.**

- Oui une sensibilisation accrue, appris beaucoup au cours des deux journées de présentations au sujet de l'expérience du consommateur, de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas et des présentations internationales très informatives parce que nous faisons tous face aux mêmes problèmes, mais certains pays obtiennent plus d'argent comme le Royaume-Uni et l'Australie. Appris beaucoup par la réduction de la stigmatisation. Obtenir plus d'argent pour le faire, mais il y a encore beaucoup de gaspillage. Les personnes font toujours ce qu'ils ont toujours fait encore.
- Réellement apprécié entendre comment les changements structurels à la prestation de services pourraient améliorer le rendement d'accès aux services, les délais pour les aiguillages.
- Réalisation qui sonne le réveil que les conversations que nous avons maintenant sont à un endroit et à un niveau différents et la compréhension de l'éventail de solutions, qu'il y a même six mois; il est formidable que la discussion ait encore lieu.
- Le forum révèle que nous continuons de grandir.
- Pour quelqu'un qui ne travaille pas en santé mentale tout le temps, je suis surpris que nous en sommes rendus à ce point.
- C'est 2010 et quoiqu'il reste beaucoup à faire, beaucoup de choses se sont aussi produites. Il est difficile d'accéder au système de santé et de naviguer à l'intérieur, particulièrement lorsqu'il est question de santé mentale.
- J'ai appris beaucoup de nouvelle information qu'il faudra discuter avec le milieu politique au sujet des lacunes.
- Je vais rentrer à la maison avec une attitude un peu nouvelle au sujet de la façon de changer les choses; moins tolérant envers les vieilles rengaines.
- Présentations internationales
  - Certains les ont trouvées informatives, d'autres un peu moins
  - Les données internationales sur les programmes et les problèmes de santé étaient très informatives

- Il est bon d'apprendre ce qui se produit dans d'autres pays.
- Appris que de petits efforts peuvent faire une grande différence dans l'efficacité et la prestation du service.
- Un participant cherchait un plus grand partage des pratiques exemplaires; nous convenons de principes généraux et maintenant nous devons aller de l'avant dans la mise en œuvre de deux ou trois modèles, apprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, ce que les utilisateurs et les professionnels aiment et en discuter.
- Intéressant de voir comment d'autres pays veillent au financement des services privés. Ils lient le système privé au système public —en utilisant une main-d'œuvre existante.
- Il est intéressant d'entendre une perspective interne des défis dans le système correctionnel.
- Il est intéressant d'avoir un sentiment de la déconnexion entre les services.
- Les présentations sur le consommateur ont donné beaucoup de perspectives; très réelles.
- Un consommateur croyait que la discussion était répétitive et espère que quelque chose ressortira de ce forum.
- Appris à examiner les choses d'un point de vue psychologique et les défis que doivent relever les praticiens.
- Il devrait y avoir davantage de représentations gouvernementales au forum – je me suis senti offensé que des représentants du gouvernement soient venus et aient quitté rapidement après nous avoir salués.
- La santé ne semble pas avoir de priorité au niveau fédéral.
- Les représentants de la TSM ont été frappés par les aspects communs des rapports en sortant des séances en atelier.
- Le représentant des organismes de données est frappé par des exemples locaux et comment les changements concrets pouvaient être perçus dans la pratique.
- Le représentant de la CSMC a reconnu la nécessité d'inclure le consommateur et de le planifier davantage dans les propositions futures et que le travail soit plus inclusif.
- La présentation sur le consommateur a ouvert les yeux aux occasions de travailler avec les autres disciplines.
- Le forum a permis aux personnes de rétablir les liens avec les réseaux établis.
- Surpris du nombre de personnes connues.
- Le défi est de rester branché
  - Le forum n'est pas structuré pour promouvoir un réseautage continu
  - Courriel, téléphone
  - La liste des délégués sera très utile pour maintenir la connexion et le suivi

- Est-ce que l'une ou l'autre des associations membres de la TSM peut faire quelque chose sur son site Web pour favoriser une plus grande connexion et le partage de l'information?
- Occasion de rencontrer de nouvelles personnes
  - Même dans un programme chargé avec des occasions limitées de réseautage
- Connexions nouvelles et futures
  - Les professionnels de la santé au Canada entreront en contact avec des experts en la matière internationaux.
  - De nouveaux contacts ont été faits avec d'autres associations en santé mentale.
  - Pris contact avec les personnes du gouvernement qui peuvent aider à changer les choses.
  - Fait des contacts au sujet d'endroits où aller pour de la documentation pour la création de rapport.
  - En moyenne, deux à cinq nouveaux contacts ont été faits.
- De nombreux consommateurs ont choisi de ne pas inclure leurs renseignements personnels dans la liste des délégués de sorte qu'il est impossible de se tenir en contact.
- En tant que fournisseur de soins de santé, je n'ai rien appris de nouveau, mais on a validé que je n'étais pas seul à faire face à ces problèmes.
- Les infirmières sont de plus en plus mises dans la communauté pour fournir des services en santé mentale, mais ceci n'est pas connu.
- Je vais retourner et examiner les diverses compétences et les rôles des divers membres de l'équipe.
- À partir de ce forum, un professionnel de la santé a décidé de dire oui à une invitation à participer dans un programme interprofessionnel et d'éducation permanente.
- De nombreuses personnes réfléchiront sur la façon qu'elles traitent les patients.
- Certains n'étaient pas conscients du rôle d'un grand nombre de médecins de famille en tant que « portiers ».
- Je vais travailler sur des lignes directrices de service standard et le rôle de psychologie en relation aux soins primaires et je ferai ceci à l'échelle provinciale et avec le collège des médecins de famille.
- J'ai acquis une compréhension de la complexité des nombreux secteurs qui sont engagés dans la fourniture de soins.
- Reconnaissance que l'organisation du système actuel peut gêner la prestation des services en santé mentale.
- D'autres provinces discutent aussi de la déconnexion entre les soins de santé publiques et primaires.
- J'essaierai d'obtenir le soutien des pairs pour les patients, en plus des professionnels de la santé mentale.
- Financement
  - J'ai acquis une connaissance des différentes façons pour le gouvernement de fournir du financement.

- Le financement à court terme pour les programmes n'est pas utile parce qu'il est limité au partage d'apprentissages.
- Soulignera les problèmes aux organismes de financement lorsqu'ils demandent la rétroaction des intervenants.
- Consommateurs
  - Les consommateurs avaient augmenté la sensibilisation des défis d'une perspective du fournisseur de soins de santé.
  - Besoin de donner une voix aux consommateurs.
  - Les consommateurs stigmatisent les prestataires de soins de santé mentale (c.-à-d. que les patients n'ont pas de problème à être aiguillés vers un cardiologue pour un problème coronarien, mais résistent à être référés à un psychologue pour un problème psychologique).
- La diffusion à l'avenir
  - On espère que lorsque des services, et des systèmes qui fonctionnent auront été démontrés dans une administration ils seront mis de l'avant, appliqués au reste de cette administration et répétés dans toutes les provinces.
  - J'entends rapporter les choses apprises à mon ministère et les utiliser comme critères pour déterminer notre façon d'approcher la prestation de services.
  - Nous allons partager l'information au groupe de travail social.
  - Il est important de passer cette information aux membres des associations de la TSM (c.-à-d. les membres de leurs propres associations professionnelles).
  - Entend assurer le suivi d'une partie de l'information présentée comme l'initiative australienne.
  - Entend rédiger un article pour notre bulletin au sujet du forum et sensibiliser un groupe de soins de santé familial aux problèmes.
  - Présentera les problèmes aux cliniques et aux comités sur lesquels siègent les personnes.
  - Présentera les problèmes à leur syndicat.
  - Entend apporter certains des messages qui ont été entendus et les intégrer dans leurs initiatives de représentation.
  - Invitera certains des délégués (p. ex. les représentants des jeunes) à venir parler à leurs résidents au sujet des problèmes de santé mentale spécifiques à la population.
- Connaissance accrue
  - Connaissance du fardeau de la maladie mentale
  - Les prestataires autres que des services de santé ont appris quelque chose de nouveau
  - Acquis une sensibilisation au rôle d'autres professionnels de la santé
  - Appris beaucoup, mais un grand nombre d'intervenants ne faisaient pas partie de la discussion
- Quitte le forum motivé.
- Les délégués représentant les organismes de collecte de données examineront leurs sondages actuels pour voir s'il y a des besoins auxquels on ne s'attaque pas dans les questions.

- Examinera les problèmes par rapport à la stratégie en matière de santé mentale.

**ii. Accroître la sensibilisation, la compréhension et l'utilisation des outils de connaissance, les produits, les approches, les modèles, les innovations et les problèmes de réforme du système de santé**

- Nécessité d'une évaluation de la perspective d'un fournisseur de soins de santé et du consommateur.
- Besoin accru pour une concentration sur l'engagement communautaire.
- Nous aurons connu l'échec si nous n'enchâssons pas les soins de santé mentale dans le composant de soins de santé primaires de notre système de soins de santé. C'est de cette façon qu'elle fera partie du courant dominant. Et nous prenons nos systèmes de santé de la population, identifions les lacunes, créons des groupes de représentation.
- Il est devenu fondamental de poser des questions au sujet des soins en fin de vie; nous devons faire la même chose pour la santé mentale.
- Une action provinciale dépend des rapports de la CSMC, mais nous pourrions nous enliser dans les discussions plutôt que dans l'action/mise en œuvre.
- La CSMC doit être mise au défi d'amener la santé mentale dans le courant dominant; nous devons nous concentrer sur la prévention et la promotion et puis sur le bien-être et le rétablissement.
- Nous n'avons pas modifié notre système de santé pour suivre l'évolution du temps; les médecins ne devraient pas être les seuls à pouvoir facturer.
- Nous avons besoin de points de repère et de rapports.
- Nous devons faire des représentations, élaborer une campagne.
- Le public doit épouser cette cause pour faire avancer la volonté politique.
- Les psychiatres peuvent prendre un plus grand nombre de clients dirigés lorsqu'ils peuvent retourner un patient aux médecins de famille.
- L'inclusion sociale, soit de mettre en place un système qui inclut les personnes comme des citoyens. Cette présentation était très prenante.
- Un consommateur veut que le gouvernement mette plus d'argent pour intégrer la TCC et mette moins d'insistance sur les médecins.
- Il est important d'inclure les bons représentants et les bons intervenants.
- Il semblerait que nous soyons à la croisée des chemins
  - Allons-nous passer vers un point de concentration sur les économies de coûts ou l'amélioration de la qualité des services?
  - Être efficace est une chose, être efficient est plus important.
  - Nous savons ce que nous devrions faire, mais il s'agit encore d'une question de choisir ce que nous voulons faire.

- Approche prescriptive
  - Peut être utile pour remettre en perspective l'impression souvent véhiculée que de mettre de l'argent en santé mentale est comme un trou noir sans résultats efficaces.
  - Parfois l'approche prescriptive est trop limitée (p. ex. établir le nombre de séances) et quelqu'un pourrait avoir besoin de quelque chose de différent et ensuite ne pas être en mesure de l'obtenir à cause d'obstacles socioéconomiques ou autres (p. ex. ils n'ont pas d'omnipraticien, ne peuvent accéder à un psychiatre/psychologue).
- On ne peut aller vers un modèle de séparation de la santé mentale du physique.
- Besoin davantage de ces types de dialogues et d'occasions d'apprendre l'un de l'autre (p. ex. leurs succès, les succès d'autres professionnels partout au Canada et à l'échelle internationale).
  - Nous avons besoin d'une conférence sur les pratiques exemplaires – un forum où nous pouvons apprendre au sujet des solutions innovatrices de tous et apprendre de ces solutions.
  - Les problèmes sont systémiques et nous avons besoin davantage d'intervenants clés à des forums comme celui-ci (p. ex. un représentant de l'éducation, de la justice, etc.)
    - Nous avons besoin de gens d'affaires riches, influents à la table parce qu'ils peuvent aider à convaincre la classe politique
    - Les sociétés d'assurance devraient aussi être présentes à ce type de forum
- Si nous voulons un changement réel, nous avons besoin de survivants et de familles pour débiter un mouvement de base qui forcera le monde politique à répondre et écouter
  - Nous devons faire en sorte que la santé mentale soit comprise dans l'entente sur la santé de 2014
  - Le monde politique doit comprendre les coûts de ne pas s'attaquer aux problèmes de santé mentale
- Clarifications/nuances au sujet des termes « pratique fondée sur des données probantes », intégration des préférences du patient en même temps que la « pratique fondée sur des données probantes ».
- Besoin de plus de communications au sujet de ce qui fonctionne.

### iii. Réduire les obstacles et accroître le nombre de facilitateurs

#### Obstacles

- Accès
  - Le service ne survient pas au bon moment, pas suffisamment tôt, les personnes tentent d'obtenir de l'aide et les interventions ne sont pas au rendez-vous.
  - Ce n'est pas dans les moments de détresse qu'il est temps d'essayer de trouver des services nécessaires.
  - Ne pas savoir où obtenir l'information nécessaire.
  
- Financement
  - Le statut social joue un rôle dans l'accès au traitement.
  - À court terme plutôt qu'un financement soutenu des projets.
  - Manque de financement.
  - Structures des frais.
  - Les personnes peuvent payer pour les évaluations mais ne peuvent alors payer pour le traitement. Quels autres systèmes pourraient fournir du soutien en santé mentale?
  
- Traduction des connaissances
  - Façon avec laquelle l'information est fournie aux utilisateurs du système de santé mentale. Les patients ne savent pas toujours les options qui s'offrent à eux pour leurs propres soins de santé mentale. On doit leur dire qu'il y a une variété de cheminements pour le rétablissement en santé mentale, les groupes, la psychothérapie, la médication, etc.
  - À tous les niveaux du système, un manque de connaissance au sujet de ce qui est efficace.
  - Peur de partager l'information.
  - Manque de sensibilisation aux compétences des autres professionnels.
  - Manque de sensibilisation à ce qu'est la pratique fondée sur des données probantes.
  - On ne fait pas la meilleure utilisation possible de la technologie.
  
- Aucun point de repère
  - En l'absence de points de repère, il n'y a pas de normes – nous avons besoin des deux.



- Dans l'évaluation de programme, il faut montrer le nombre réel de personnes qui ont un impact.
  - Le secret et le manque de transparence dans les processus de programme comme le processus d'agrément en psychologie.
  - Les techniques d'autogestion et d'entraide sont utiles mais ne sont pas saisies dans les stratégies de surveillance.
- Manque de ressources
    - La rareté du nombre de personnes formées pour travailler dans un système (p. ex. il n'y a pas suffisamment de psychologues).
    - Un grand nombre de professionnels sont confrontés par le manque de temps, l'épuisement professionnel, les ressources.
- Formation des prestataires de soins de santé
    - L'éducation interprofessionnelle est importante. Certaines universités en font la promotion mais si vous enseignez à l'extérieur de votre faculté ceci n'est pas porté à vos crédits de travail.
- Structure du système de santé
    - Questions de confidentialité.
    - Le système est tout ou rien.
    - Il n'y a personne pour aider à naviguer dans le système.
    - Les obstacles multiples s'additionnent même lorsqu'ils sont petits.
    - Problèmes de cloisons administratives et de territoire.
    - Fragmentation dans le système de santé avec un grand nombre de cloisons administratives.
    - De nombreuses recommandations pour un navigateur dans le système, mais comment ceci serait-il mis en œuvre.
    - Reconnaissance que les besoins de santé mentale doivent être inclus dans l'entente sur la santé de 2014 si nous voulons améliorer l'accès.
    - Le système de santé public doit être élargi pour inclure les psychologues dans la pratique privée.
    - Le système d'éducation doit s'engager dans la prestation de soins de santé mentale, peu importe les problèmes liés au manque de ressources, à la culture scolaire et à l'organisation du système. Actuellement, les psychologues scolaires se concentrent sur les tests, plutôt que de fournir du soutien pour les soins de santé mentale.
    - Les personnes ayant des problèmes de santé mentale devraient se qualifier pour les soins à domicile.

- Manque de volonté politique
  - Nous pourrions devoir faire des représentations pour que plus d'argent soit tiré des soins de santé physique et donné aux soins de santé mentale.
  - Il faut une volonté politique.
- Manque de collaboration et de communication
  - Entre les consommateurs-organisations, les consommateurs, les familles de consommateurs et les professionnels de la santé mentale.
  - Important d'abattre les murs de verre et être ouvert à la collaboration.
  - Manque de formation en collaboration.
- Stigmatisation.
- Connaissance de la santé mentale.
- Besoin d'une intervention précoce entre les secteurs, pas seulement en santé.
- Kirby, Romanow et même Tommy Douglas – leurs rapports et leurs actions ont engendré une séparation entre les disciplines.
- Même lorsque nous avons des rapports avec des recommandations, il n'y a pas de système en place pour prendre en charge la mise en œuvre des recommandations.
  - On passe trop de temps à parler des obstacles plutôt que de faire quelque chose pour les abattre.
  - Il est important de faire le suivi des paroles après les réunions.

## **Facilitateurs**

- Collaboration
  - Une volonté grandissante de collaboration - les professionnels avec les consommateurs, les clients, les patients.
  - La reconnaissance par les professionnels et les travailleurs en santé communautaire qui ont des rôles complémentaires à jouer.
  - Soins holistique, médecine holistique : physique, médical, psychologique, spirituel.
  - Mettre un registre de prestataires de services de manière à savoir qui fait quoi pour tous les prestataires de soins de santé.
  - Un grand nombre de personnes cherchent à obtenir le soutien de pasteurs et de conseillers religieux.
  - Utilisation d'un effectif innovateur.
- Communication
  - Les dossiers de santé électroniques pourraient faciliter la communication et le flot d'information.

- La technologie Internet peut fournir de l'information utile.
- Éducation
  - Le financement pour des conférences comme celle-ci.
  - Des clients plus éclairés.
  - Des forums comme celui-ci.
  - La compréhension de la santé mentale dans la population.
    - Les personnes doivent être conscientes des questions graves que posent les problèmes de santé mentale.
    - L'éducation du public au sujet des questions de santé mentale usuelles.
  - S'attaquer à la stigmatisation
    - Il s'agit encore de l'éléphant dans la pièce dont personne ne veut parler.
    - Les célébrités et les champions deviennent des défenseurs de la maladie mentale (p. ex. dépression post-partum).
- Représentation
  - La TSM doit jouer un rôle de leadership pour mettre de l'avant les questions issues du forum.
  - Avoir la législation en place.
- Structure du système de santé
  - Avoir un système mieux intégré (p. ex. comme pour les pompiers).
  - Une carte d'identité avec tous vos dossiers.
  - Obtenir le financement de la psychologie par le gouvernement, particulièrement lorsqu'il est question de traitement.
  - Obtenir qu'une personne aide les autres dans la navigation dans le système.
  - Composer une équipe de vérification qui se concentre sur la satisfaction du client.
  - Les procédures normales d'exploitation, les objectifs communs, les normes, les lignes directrices sur la façon de réaliser votre mission et les processus qui vous aident à réaliser les lignes directrices.
  - Changer les choses au niveau local.
  - Travailleurs d'entraide, gestion de cas.
  - Reconnaître et inclure d'autres déterminants de la santé comme un logement, dans le système de soins de santé.
  - Hétérogénéité dans les types de professionnels disponibles pour assurer du soutien en santé mentale.
  - Adopter une approche systémique pour satisfaire un besoin, qui montre du leadership, l'engagement politique, à l'échelle de la population.
  - Établissement de priorités.

- Reconception du bureau et des méthodes qui mènent à une utilisation efficace d'une équipe multidisciplinaire.
- Utiliser les initiatives locales pour améliorer l'accès.
- Formation des prestataires de soins de santé
  - Former les réceptionnistes de médecins de famille en premiers soins en santé mentale.
  - Mieux former les médecins de famille en santé mentale.
  - Besoin de plus de formation des professionnels de la santé en termes de traitements actuels fondés sur des données probantes.
- Base de données probantes
  - Évaluation et mesure des résultats pour montrer qu'un programme fonctionne.
  - Les traitements efficaces existent, mais ne sont pas toujours connus.
  - Nécessité de promouvoir la pratique fondée sur des données probantes, mais d'une manière intelligente.
- Incitatif et reconnaissance
  - Faire connaître les personnes et les institutions qui déploient tous les efforts et en arrivent à l'excellence.
- Soins primaires
  - Outils de sélection en soins primaires.
  - En arriver que le soin primaire, qui doit inclure la santé mentale, soit du côté gagnant, le plus fort.
- Un accent renouvelé sur la centralité du client.

## **Recommandations au sujet de la diffusion du compte rendu du forum**

### ***Cibler les publics pour la diffusion***

- Tous les participants au forum devraient recevoir des copies du rapport
- Les personnes qui ont été invitées au forum, mais qui n'ont pas assisté
- La CSMC et ses comités
- Santé Canada
- Ministères/services de santé aux niveaux fédéral et provincial
- Divers ministères
  - Service correctionnel
  - Éducation et développement du jeune enfant
  - Bien-être
  - Logement

- Justice et sécurité publique
- Services aux enfants et aux jeunes
- Services communautaires
- Personnes âgées
- Main-d'oeuvre
- Représentants du gouvernement à tous les niveaux
- Gestionnaires dans la fonction publique
- Nouveau gouverneur général
- Associations professionnelles qui organisent le forum, ainsi que les membres
- Fédération des comités de consommateurs
- RLISS
- Ministre de la Santé et du Bien-être de l'IPE
- PDG de la santé de l'IPE
- Syndicats (particulièrement ceux qui représentent les personnes dans l'industrie des services de la santé)
- Les principales sociétés d'assurance (p. ex., Sunlife, Great West Life, Cooperators)
- Les gros employeurs
- Directeurs de l'exploitation d'établissements de santé (hôpitaux communautaires et spécialisés)
- Personnes qui ont une autorité décisionnelle
- Instituts pertinents des IRSC (p. ex., neurosciences et santé mentale, développement humain et santé de l'enfant et du jeune, genre et santé, santé autochtone, système de recherche en santé)
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
- Agence de santé publique du Canada
- Programmes de formation au niveau collégial et universitaire, qui forment les personnes dans les disciplines connexes
- Principales organisations de représentation
- Médias (les journalistes qui ont montré un intérêt sur les questions en santé mentale, comme André Picard du Globe and Mail)
- Bureau du premier ministre
- Greffier du Bureau du Conseil privé
- Président du Secrétariat du Conseil du Trésor
- Industrie Canada
- Chambres de commerce
- Conference Board of Canada
- Administrateur en chef de la santé publique du Canada
- ACMMSM et ses membres
- Groupes de consommateurs
- Office de l'enquêteur correctionnel
- Utilisateurs potentiels de l'information (p. ex. Statistique Canada, Institut canadien pour l'information en santé)

## **Avertissements et recommandations particulières pour la diffusion du compte rendu du forum**

- Préoccupation qui ne deviendra pas un rapport significatif pour lequel il n'y a aucune action
- Il faut un plan pour faire progresser l'information du forum vers l'avant, particulièrement en termes de recommandations de politique
- Besoin de champions et de défenseurs
- Le système d'éducation doit avoir une perspective interdisciplinaire plus grande
- Participer aux forums publics
- Participer dans la planification des tables communautaires et aux séances de discussion ouverte
- Établir un profil médiatique avec une série d'articles dans le Globe and Mail ou un autre média (p. ex. crise et temps d'attente, financement illimité pour des médicaments, mais financement limité pour des services psychologiques)
- Établir un bulletin de rendement
- Créer un feuillet d'une page ou un court résumé pour accompagner le compte rendu du forum complet
- Chaque membre d'association de la TSM devrait rédiger un court résumé pour fins d'éducation des membres