

ÉNONCÉ DE POSITION SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

POSITION DE L'AIIC

L'AIIC accorde de la valeur aux démarches de rétablissement lorsqu'il s'agit de fournir des soins à des personnes qui ont des problèmes ou des maladies de santé mentale, des soins qui encouragent la dignité et le respect de la personne.

L'AIIC encourage l'inclusion et la participation officielles des familles, des soignants, des consommateurs et des groupes de consommateurs à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services de santé mentale, y compris la fourniture de soins et l'autogestion des soins.

L'AIIC appuie une approche fondée sur les droits de la personne afin de revendiquer en ce qui a trait à la maladie mentale^{1, 2}.

L'AIIC reconnaît qu'améliorer la littératie en santé mentale permet de renforcer l'habilitation en matière de santé.

L'AIIC reconnaît que la stigmatisation réside à la base de la discrimination liée à la maladie mentale et elle croit que tous les professionnels de la santé doivent s'efforcer de résoudre cette injustice sociale dans leur milieu de travail, de vie et de divertissement.

L'AIIC croit que la santé mentale des personnes et des communautés est mieux soutenue par la collaboration interministérielle et intersectorielle, telle que la coopération entre les services de la santé, de logement et sociaux, la justice pénale ainsi que les partenaires à but non lucratif et du secteur privé.

L'AIIC croit que les infirmières et infirmiers autorisés font montre d'un savoir-faire et d'un leadership cliniques solides afin de fournir des services de santé mentale aux Canadiens, y compris la promotion de la santé, la prévention des maladies, la détection précoce des problèmes, le diagnostic, l'intervention, la gestion des crises, la réadaptation et le rétablissement.

L'AIIC croit qu'il est possible de renforcer l'accès opportun à des services appropriés de santé mentale en favorisant une collaboration efficace entre les professionnels de la santé.

L'AIIC est d'avis qu'il faut offrir des services de soins de santé mentale en collaboration³ de manière à respecter les croyances et les préférences culturelles des personnes, des membres de leur famille et des soignants, tout en reconnaissant chaque partenaire de la prise de décisions en matière de santé et de soins offerts.

L'AIIC reconnaît qu'il faut améliorer l'accès aux services de santé mentale dans les milieux de soins primaires et communautaires et elle s'est engagée à appuyer l'élaboration de politiques, de mesures législatives et de mécanismes de financement qui faciliteront l'accès opportun et équitable aux services de santé mentale dans une continuité des soins fonctionnelle et intégrée.

¹ (Assemblée générale des Nations Unies, 2007)

² (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2010)

³ (Kates et coll., 2011)

L'AIIIC croit que les professionnels de la santé doivent faire connaître aux personnes, aux familles et aux soignants l'éventail des services de santé mentale offerts, tout en préconisant des services plus larges au sein des systèmes de santé et des services sociaux financés par l'État et sans but lucratif.

L'AIIIC appuie l'accès accru au logement pour les personnes qui doivent composer avec des problèmes de santé mentale, notamment, l'élargissement des programmes qui adoptent l'approche « Logement d'abord » en lien avec l'itinérance⁴.

CONTEXTE

Dans le préambule de sa constitution, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁵ ».

À ce jour, un Canadien sur cinq est aux prises avec un problème ou une maladie de santé mentale, dont le coût économique annuel prévu est d'environ 50 milliards de dollars⁶. Ce coût représentait 2,8 % du PIB du Canada en 2011⁷. Ensemble, les six problèmes et maladies de santé mentale les plus courants chez les adultes s'élèvent à 20,7 milliards de dollars de perte de population active annuelle par année⁸.

Plus de la moitié des personnes qui ont demandé de l'aide en raison d'une dépendance sont aux prises avec une maladie mentale, et 15 à 20 % des personnes qui sollicitent de l'aide auprès des services de santé mentale doivent composer avec une dépendance⁹. Les défis liés au stress, à l'adaptation et au comportement suicidaire, en plus de la maladie mentale et de l'abus de substances graves, sont plus courants parmi les personnes itinérantes¹⁰.

Dans bien des pays, le concept du *rétablissement*, qui met l'accent, en partie, sur l'inclusion sociale, est devenu le principe global qui oriente la prestation de services de santé mentale depuis les deux dernières décennies¹¹. Le processus de rétablissement comporte la création d'« une nouvelle signification et un nouveau but dans la vie d'une personne, alors qu'elle évolue au-delà des effets catastrophiques de la santé mentale¹² ». Mis en évidence par un ensemble de valeurs concernant le droit de la personne de se bâtir une vie significative pour elle-même, avec ou sans la présence continue de symptômes de maladie mentale¹³, le rétablissement met l'accent sur l'espoir, l'identité personnelle, le pouvoir et le contrôle, la qualité de vie et la responsabilité personnelle¹⁴. Le fait d'adopter le paradigme du rétablissement comprend l'évaluation des capacités d'autogestion et la valorisation du choix, l'habilitation et l'autonomie¹⁵.

⁴ (Stanhope et Dunn, 2011)

⁵ (Organisation mondiale de la Santé, 2006, p. 1)

⁶ (Lim et coll. 2008; Smetanin et coll., 2011)

⁷ (Statistique Canada, 2012)

⁸ (Le Conference Board du Canada, 2012)

⁹ (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009)

¹⁰ (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2007)

¹¹ (Provencher et Keyes, 2011)

¹² (Anthony, 1993, p. 15)

¹³ (Shepherd et coll., 2008, p. 1)

¹⁴ (Bonney et Stickley, 2008)

¹⁵ Ibid.



Le besoin d'augmenter la littératie en santé mentale – les « connaissances et les aptitudes qui permettent aux gens d'acquérir, de comprendre et d'appliquer l'information sur la santé mentale¹⁶ » – est défini comme un facteur important afin d'améliorer la santé mentale au Canada¹⁷. Les interventions liées à la littératie en santé mentale, telles que les initiatives de soutien des collègues, peuvent ainsi s'avérer utiles pour accroître l'habilitation; améliorer le capital social et les résultats pour la santé; réduire le fardeau de la maladie et fournir des modèles de comportement éventuels à l'appui de l'espoir et du rétablissement¹⁸.

Transformer la prestation des services de santé mentale afin d'améliorer l'accès aux programmes de promotion de la santé mentale, de prévention, d'intervention précoce, de soutien communautaire et de traitement représente une priorité de nombreux gouvernements provinciaux et territoriaux¹⁹. À cette fin, nous avons besoin des données fournies par les indicateurs de rendement du système de santé, qui permettent de déterminer l'efficacité et la pertinence des services de santé mentale. Dernièrement, les mesures d'évaluation élaborées comprenaient le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, le taux de réadmission de 30 jours en cas de maladie mentale et le pourcentage de patients ayant été hospitalisés de manière répétée en raison d'une maladie mentale²⁰. Ces renseignements nous éclairent sur la performance de notre système de santé et peuvent guider la planification, l'application et l'évaluation futures des programmes et des services²¹.

En 2006, l'AIIC a appuyé la *Charte canadienne de collaboration en santé mentale*. Les principes et les engagements qu'elle reflète demeurent pertinents et continueront d'orienter les activités de l'AIIC en matière de santé mentale²².

En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada a publié la première stratégie nationale en matière de santé mentale au pays, intitulée *Changer les orientations, changer des vies*. L'AIIC a participé à l'élaboration de cette stratégie et appuie pleinement sa promotion d'une approche axée sur la population et la personne en santé mentale. L'initiative demande la promotion de la santé mentale à tous les stades de la vie; la réduction des écarts des facteurs de risque; l'amélioration de l'accès à la bonne combinaison de services, les traitements et le soutien, au moment et à l'endroit appropriés où les personnes en ont besoin; l'augmentation des services communautaires complets et des approches de rétablissement et la reconnaissance du rôle central des consommateurs et des fournisseurs de première ligne dans l'application du changement au système²³. Depuis cette publication, un certain nombre de provinces et de territoires ont emboîté le pas en adoptant leur propre stratégie en matière de santé mentale ou de dépendances^{24, 25, 26}.

Approuvé par le conseil d'administration de l'AIIC

Novembre 2012

¹⁶ (Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2008, p. 8)

¹⁷ (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006)

¹⁸ (Lawn et coll., 2008; Miller et Stiver, 1998; Nutbeam, 2000; Schillinger et coll., 2002; Schwartzberg et coll., 2005)

¹⁹ (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011)

²⁰ (ICIS et Statistique Canada, 2011)

²¹ (Sandoval et coll., 2012)

²² (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2006)

²³ (Commission de la santé mentale du Canada, 2012)

²⁴ (Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2012)

²⁵ (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011)

²⁶ (Gouvernement du Manitoba, 2011)



Remplace l'énoncé de position :

Services de santé mentale (2005)

Références :

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. (2008). *National integrated framework for enhancing mental health literacy in Canada*. Tiré de <http://camimh.ca/key-reports/mental-health-literacy>

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Assemblée générale des Nations Unies. (2007). *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (Résolution, adoptée par l'Assemblée générale, le 24 janvier). Tiré de <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *La collaboration interprofessionnelle* [Énoncé de position]. Tiré de http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS117_Interprofessional_Collaboration_2011_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *La justice sociale... un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi* (2^e éd.). Tiré de http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Social_Justice_2010_f.pdf

Bonney, S. et Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 140-153.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Substance abuse in Canada: Concurrent disorders*. Tiré de <http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/ccsa-011811-2010.pdf>

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *De l'ombre à la lumière*. Tiré de <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06high-f.pdf>

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Tiré de <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf>

Le Conference Board du Canada. (2012). *Mental health issues in the labour force: Reducing the economic impact on Canada*. Tiré de http://www.conferenceboard.ca/temp/26687e78-fc74-401c-b4d4-9fcf87cd5e31/13-037_MentalHealthIssues.pdf

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. (2006). *La Charte canadienne de collaboration en santé mentale*. Tiré de http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/FR_CharterDocument.pdf

Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. (2011). *Indicateurs de santé 2011*. Tiré de https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*. Ottawa : auteur.

Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P. et coll. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (5, Insert), 1-12. Tiré de http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Collaborative%20mental%20health%20care-2011-49-web-FIN-EN.pdf



- Lawn, S., Smith, A. et Hunter, K. (2008). Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *Journal of Mental Health*, 17(5), 498-508.
- Lim, K-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C. S. (2008). Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 28(3), 92-98.
- Ministère de la Vie saine, des Aînés et de la Consommation du Manitoba. (2011). *Relever le défi : plan stratégique de promotion de la santé mentale et du bien-être de la population manitobaine*. Tiré de <http://www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/docs/challenge.pdf>
- Miller, J. et Stiver, I. (1998). *The healing connection*. Boston : Beacon Press.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Tiré de http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2012). *A shared path towards wellness: Mental health and addictions action plan*. Tiré de http://www.hss.gov.nt.ca/sites/default/files/a_shared_path_towards_wellness.pdf
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-266.
- Organisation mondiale de la Santé. (2006). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé : Documents fondamentaux* (supplément à la 45^e éd., octobre). Tiré de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Provencher, H. et Keyes, C. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69.
- Sandoval, C., Couris, C. et Leeb, K. (2012). New mental health indicators provide a snapshot on performance of the mental health system in Canada. *Healthcare Quarterly*, 15(2), 14-16.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C. et coll. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288(4), 475-482.
- Schwartzberg, J., VanGeest, J. et Wang, C. (dir.). (2005). *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*. American Medical Association Press.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London : Sainsbury Centre for Mental Health.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. Toronto : RiskAnalytica, pour la Commission de la santé mentale du Canada.
- Stanhope, V. et Dunn, K. (2011). The curious case of Housing First: The limits of evidence based policy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(4), 275-282.
- Statistique Canada. (2012). *Tableaux, Comptes des revenus et dépenses, Produit intérieur brut en termes de dépenses* (tableau 380-0017 et produit n° 13-001-XIB au catalogue). Tiré de <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/econ04-fra.htm>

EP-122

