

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

---

# COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

Rapport provisoire

2<sup>e</sup> session, 39<sup>e</sup> législature  
59 Elizabeth II

**Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada**

Ontario. Assemblée législative. Comité spécial de la santé mentale et des dépendances  
Comité spécial de la santé mentale et des dépendances rapport préliminaire [ressource  
électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Select Committee on Mental Health and Addictions  
interim report.

Monographie électronique en format PDF.

Mode d'accès: World Wide Web.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4435-2493-3

1. Santé mentale, Services de—Ontario. 2. Santé mentale—Politique gouvernementale—  
Ontario. I. Titre. II. Titre: Select Committee on Mental Health and Addictions interim  
report.

RA790.7 C3 O56 2010

362.2'09713

C2010-964017-9

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters  
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances a l'honneur de présenter son rapport provisoire et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Kevin Daniel Flynn".

Kevin Daniel Flynn

Queen's Park  
Mars 2010



COMPOSITION DU  
COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

2<sup>e</sup> session, 39<sup>e</sup> législature

KEVIN DANIEL FLYNN  
Président

CHRISTINE ELLIOTT  
Vice-présidente

BAS BALKISSOON

JEFF LEAL

FRANCE GÉLINAS

LIZ SANDALS

HELENA JACZEK

MARIA VAN BOMMEL

SYLVIA JONES

---

Susan Sourial  
Greffière du comité

Elaine Campbell  
Recherchiste

Carrie Hull  
Recherchiste



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS	iii
INTRODUCTION	1
Mandat du Comité	2
Antécédents	3
Réunions du Comité	4
Visites sur place	5
DÉPENDANCES ET TROUBLES CONCOMITANTS	5
GROUPES DE POPULATION	7
Enfants et jeunes adultes	7
Financement	8
Prévention/Dépistage rapide/Intervention précoce	9
Système d'éducation	9
Membres des Premières nations, Inuits et Métis	10
Collectivités du Nord	11
Collectivités du Sud	11
Personnes âgées	13
Maladie d'Alzheimer et démences connexes	13
Foyers de soins de longue durée	14
Francophones	14
Nouveaux arrivants et réfugiés	14
SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES	15
Éducation et emploi	16
Aide financière	16
Logement	17
Intercession juridique	18
Soutien par les pairs	19
Soutien aux familles et aux fournisseurs de soins	19
PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ	20
Soins primaires	20
Psychiatres	22
Autres professions	23
SOINS EN ÉTABLISSEMENT	23
Accès à des lits	24
Salles des urgences	24
INTÉGRATION	25
SYSTÈME DE JUSTICE	27
PROMOTION ET ÉDUCATION EN SANTÉ MENTALE	29
Stratégie anti-stigmatisation	31
RECHERCHE	32
MALADIES PARTICULIÈRES	33
Anxiété, dépression et autres troubles de l'humeur	33

---

Troubles du spectre autistique	33
Diagnostic mixte (déficiences intellectuelles et maladie mentale)	34
Troubles de l'alimentation	34
Troubles du spectre de l'alcoolisation foétale	35
Troubles de l'humeur périnataux	35
Schizophrénie et autres formes de psychose	36
Suicide	36
QUESTIONS DE TRAITEMENT	37
Modèles de soins	37
Admission en cure obligatoire et traitement	38
Protection de la vie privée	39
FINANCEMENT	40
MOT DE LA FIN	41
ANNEXE A : Motion d'initiative parlementaire	
ANNEXE B : Calendrier des audiences publiques; Liste des témoins et des mémoires	
ANNEXE C : Établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1	
ANNEXE D : <i>Loi sur la santé mentale et Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé</i> de l'Ontario	

---

## LISTE D'ABRÉVIATIONS

ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
Assurance-santé	Assurance-santé de l'Ontario
BCFPI	Brief Child and Family Phone Interview (brève entrevue téléphonique de l'enfant et de sa famille)
BIPEP	Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
DART	Drogue et alcool - Répertoire des traitements
ECBO	Évaluation commune des besoins en Ontario
ESF	Équipe de santé familiale
GCI	Gestion de cas intensive
IEAS	Initiative d'évaluation de l'amélioration des services
LCSS	<i>Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé</i>
LSM	<i>Loi sur la santé mentale</i>
MSEJ	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
MSSC	Ministère des Services sociaux et communautaires
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMA	Ontario Medical Association
OT	Programme Ontario au travail
OTMC	Ordonnance de traitement en milieu communautaire

POSPH	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SMEO	Santé mentale pour enfants Ontario
SU	Salle des urgences
TCD	Traitement communautaire dynamique
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TSA	Troubles du spectre autistique
TSAF	Troubles du spectre de l'alcoolisation foetale

## INTRODUCTION

Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances est heureux de présenter ce rapport provisoire. Chacun des membres du Comité s'est porté volontaire en raison de son engagement personnel à l'égard de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Les problèmes de maladie mentale et de dépendance touchent de nombreuses familles, et personne n'est à l'abri des conséquences. En tant que représentantes et représentants de circonscriptions réparties à travers l'Ontario, nous sommes conscients des épreuves que les gens doivent surmonter et des efforts qu'ils doivent déployer pour obtenir des soins pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, ainsi que de la joie qu'apporte le rétablissement des personnes malades.

« Au cours de la trentaine d'années que j'ai passées à prendre soin de l'être aimé, j'ai appris à servir de cuisinier, de barbier, de garçon de courses, d'infirmière, de travailleur social et de défenseur improvisés. J'ai appris quand me mettre en colère et quand prier, quand jurer et quand me taire. J'ai appris à demander — ou plutôt à supplier — qu'on m'aide, qu'on me comprenne, qu'on me soutienne. »

*Un membre de la famille*

Le Comité a été honoré et encouragé de voir la réception enthousiaste que lui a réservée le public partout dans la province. Nous avons écouté attentivement des membres passionnés de la famille, de braves survivants et des fournisseurs de soins de santé dévoués. Nous savons très bien qu'il existe des problèmes importants avec le système actuel de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et que beaucoup de gens s'attendent à ce que des changements y soient apportés. Nous espérons que notre travail aidera à donner une voix à ces personnes si souvent ignorées et stigmatisées qui nous ont dit de façon si émouvante qu'elles avaient besoin « d'un toit, d'un ami et d'un emploi ». Leur détermination à se rétablir devrait inspirer notre détermination à les aider dans cette voie.

Ce rapport provisoire résume le travail que le Comité a fait jusqu'ici pour examiner les problèmes de santé mentale et de dépendance et reconnaître les liens qui existent entre eux. Il s'articule autour des grandes questions de santé mentale et de dépendance, et des principaux groupes touchés. Il contient aussi des renseignements de base sur les antécédents et le mandat du Comité, ainsi que sur les dates et lieux des audiences et des visites sur place.

« En termes économiques, les problèmes de maladie mentale et de toxicomanie coûtent à l'Ontario environ 34 milliards de dollars par an [...] Bien sûr, des millions de familles ontariennes savent que le coût le plus élevé ne se mesure pas en dollars et en cents. »

*Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Le rapport cite également certains commentaires que le Comité a trouvés particulièrement touchants ou utiles pour comprendre le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les citations ne sont pas attribuées directement à leurs auteurs, mais certains des organismes concernés sont nommés.

Bien que le rapport contienne de multiples propositions formulées par les nombreux témoins qui ont comparu devant le Comité ou qui lui ont soumis des

mémoires, les membres du Comité se sont efforcés de rester neutres. Notre rapport final contiendra une série de recommandations à prendre en compte dans l'élaboration de la stratégie ontarienne de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Un dernier mot : bien que le Comité représente trois partis politiques, nous nous sommes efforcés de travailler en collaboration, dans un esprit d'impartialité. Nous croyons que, quelles que soient nos convictions politiques, nous sommes tous déterminés à renforcer la capacité de l'Ontario à lutter contre la maladie mentale et les dépendances.

### **Mandat du Comité**

Le 24 février 2009, l'Assemblée législative de l'Ontario a donné son consentement unanime à une motion créant un Comité spécial de la santé mentale et des dépendances chargé d'envisager une vaste stratégie provinciale de santé mentale et de lutte contre les dépendances et de rendre compte de ses observations et recommandations. Pour élaborer ses recommandations, le Comité :

- travaillera avec des consommateurs et des survivants, des fournisseurs, des experts et d'autres intéressés afin de déterminer les besoins qui existent dans la province;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des enfants et des jeunes adultes;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des membres des Premières nations (dans les réserves et hors réserve), des Inuits et des Métis;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des personnes âgées;
- trouvera des manières de mieux utiliser les possibilités et les initiatives existantes au sein de l'actuel système de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- explorera des approches novatrices de prestation des services dans la collectivité;
- repérera les possibilités d'améliorer la coordination et l'intégration des services entre les secteurs pour tous, y compris les personnes présentant à la fois des problèmes de santé mentale et de dépendance;
- soulignera l'importance de l'intervention précoce et de la promotion de la santé lorsqu'il est question de diagnostic et de traitement pour la santé mentale et les problèmes de dépendance;
- envisagera les besoins en santé mentale et en lutte contre les dépendances des francophones et des minorités ethniques confrontées à des différences linguistiques et culturelles;

- examinera la question de l'accès aux soins, notamment les soins primaires et d'urgence, pour les personnes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance;
- étudiera le continuum existant des services sociaux et des mécanismes de soutien destinés aux personnes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance, ce qui comprendrait la justice, le logement avec services de soutien, et le soutien à l'éducation et à la formation professionnelle.

Le Comité était censé présenter son rapport final à l'Assemblée avant la fin de la session du printemps 2010; cependant, s'il déterminait qu'il avait besoin de plus de temps, il pouvait adopter une motion repoussant le délai d'un maximum de trois mois<sup>1</sup>.

Le Comité a décidé qu'il voudrait avoir plus de temps pour préparer son rapport final et il a adopté une motion prolongeant le délai de trois mois, c'est-à-dire au 3 septembre 2010.

### **Antécédents**

Le Comité connaît et apprécie beaucoup les travaux réfléchis qui ont précédé sa propre étude sur le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Parmi les efforts plus récents, mentionnons le rapport novateur publié en 2006 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*; le rapport diffusé en novembre 2006 par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, *Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes*; le rapport présenté en 2008 par Roy McMurtry et Alvin Curling, *Examen des causes de la violence chez les jeunes*; et le rapport publié en 2009 par la Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*.

Deux développements survenus en Ontario sont particulièrement dignes de mention : la création du Groupe consultatif ministériel et l'adoption d'une motion d'initiative parlementaire. L'ancien ministre de la Santé et des Soins de longue durée a établi le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances en octobre 2008. Le Groupe consultatif ministériel, qui réunit des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et de dépendance, des membres de leurs familles, des fournisseurs et des chercheurs, aidera à établir une nouvelle stratégie décennale pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Dans un premier temps, le Groupe consultatif ministériel a publié un document de travail, *Chaque porte est la bonne porte*, au Sommet sur la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui s'est tenu à

---

<sup>1</sup> Ontario, Assemblée législative, *Procès-verbaux*, 1<sup>re</sup> session, 39<sup>e</sup> législature (24 février 2009) : 3; et Ontario, Assemblée législative, *Journal des débats*, 1<sup>re</sup> session, 39<sup>e</sup> législature (24 février 2009) : 5006.

Toronto en juillet 2009. Le ministre a aussi établi un groupe interministériel qui contribue à l'élaboration de la stratégie<sup>2</sup>.

Le 4 décembre 2008, Christine Elliott (PC – Whitby-Oshawa) a proposé que l'Assemblée législative établisse immédiatement un comité spécial chargé d'élaborer une vaste stratégie ontarienne de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le Comité devait mettre l'accent sur un certain nombre de questions, dont les besoins des enfants et des résidents des établissements de soins de longue durée et le manque de coordination interministérielle dans la prestation des services. La motion a été adoptée à l'unanimité<sup>3</sup>. (Le texte complet de la motion est reproduit à l'annexe A.)

### Réunions du Comité

Le Comité s'est réuni pour s'organiser et discuter de questions d'affaires en mars et au début avril 2009. Des audiences publiques ont eu lieu à Toronto et dans d'autres villes de la province de la mi-avril au début décembre.

Les audiences du printemps à Toronto comprenaient des présentations par des ministères qui jouent un rôle dans la prestation des services provinciaux de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le vérificateur général de l'Ontario a parlé des vérifications pertinentes décrites dans son *Rapport annuel 2008*. Ont aussi comparu durant cette période des invités présents à titre personnel ou comme représentants de groupes d'intervenants (par exemple, l'ancien sénateur Michael Kirby au nom de la Commission de la santé mentale du Canada).

Au cours des semaines qui ont suivi, le Comité a entendu des consommateurs/survivants, des membres de leurs familles, des professionnels des soins de santé et des services sociaux et des représentants d'organismes concernés.

En tout, le Comité a tenu 25 audiences publiques durant lesquelles il a entendu plus de 200 personnes et organismes. Au 31 décembre 2009, il avait reçu plus de 30 mémoires ainsi que de nombreux articles et autres documents concernant la santé mentale et les dépendances. Le calendrier des audiences publiques du Comité ainsi qu'une liste des témoins et des mémoires figurent à l'annexe B.

Il est à noter qu'une grande partie des commentaires et recommandations présentés au Comité ne sont pas mentionnés dans le rapport. On n'y trouve généralement pas d'énoncés concernant des organismes particuliers, ce qui ne veut pas dire que les commentaires en question ont été mis de côté ou ignorés.

---

<sup>2</sup> Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances, *Chaque porte est la bonne porte – Vers une stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances : Document de travail* (Toronto, Imprimeur de la Reine, juillet 2009), pp. 5 et 7.

<sup>3</sup> Ontario, Assemblée législative, *Journal des débats*, 1<sup>re</sup> session, 39<sup>e</sup> législature (4 décembre 2008) : 4489; et Ontario, Assemblée législative, *Procès-verbaux*, 1<sup>re</sup> session, 39<sup>e</sup> législature (4 décembre 2008) : 6.

Le Comité voudrait remercier tous ceux et celles qui ont participé à ses audiences ou qui ont soumis des mémoires pour le temps considérable qu'ils ont consacré à cette tâche et pour leur générosité d'esprit.

### Visites sur place

Outre les audiences traditionnelles, le Comité a visité divers endroits afin de mieux comprendre et apprécier le fonctionnement du système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances et sa capacité à répondre aux besoins de ses clients. Il a pris le temps de visiter des installations et de parler au personnel du Centre de toxicomanie et de santé mentale sur la rue Queen Ouest à Toronto, du Centre régional de santé mentale de St. Thomas et d'Eva's Phoenix, un des refuges du groupe Eva's Initiatives, à Toronto.

Le Comité a aussi visité plusieurs collectivités et organismes de soins de santé des Premières nations. La Première nation Sandy Lake, la Nation des Oneidas de la Thames et la bande Six Nations de Grand River ont gracieusement accepté l'invitation du Comité à discuter de leurs problèmes de santé mentale et de dépendance. Des représentants de Weeneebayko Health Ahtuskaywin, de Weeneebayko Area Health Authority et de l'Hôpital général de la baie James ont accueilli le Comité à l'Hôpital général de Weeneebayko à Moose Factory. Enfin, des représentants de Nodin Child and Family Intervention Services, une direction de Sioux Lookout First Nations Health Authority, ont partagé leur expertise avec le Comité lors d'une visite sur place à Sioux Lookout.

Nous passons maintenant à l'objet principal de ce rapport provisoire, qui résume les délibérations des audiences et le contenu des nombreux mémoires présentés au Comité.

### DÉPENDANCES ET TROUBLES CONCOMITANTS

Le Comité a entendu de nombreux témoignages concernant différents types de dépendances. Des témoins ont parlé publiquement de leur lutte personnelle. Certains ont déploré le grave manque de services de lutte contre les dépendances, particulièrement pour les personnes qui connaissent aussi des problèmes de santé mentale. Il faut souvent profiter de la brève période durant laquelle une personne est finalement prête à s'affranchir de sa dépendance. Lorsque cette période prend fin, il est possible que cette personne ne cherche plus jamais à obtenir de l'aide. Par ailleurs, de nombreux clients font des rechutes inutiles parce qu'il s'écoule trop de temps entre les différentes étapes du traitement.

« Un Ontarien sur cinq fera un usage abusif d'alcool ou de drogues qui nécessitera un traitement à un moment donné dans sa vie. Pour 2 % à 3 % de la population ontarienne, cela devient un problème chronique. »

*Hope Place Centres*

Le vérificateur général a fait écho à cette préoccupation, soulignant que certaines parties de la province étaient particulièrement touchées par les longues périodes d'attente. Des programmes de toutes sortes — à domicile, institutionnels, portes ouvertes, résidentiels, ambulatoires, avant et après traitement — sont nécessaires. On demandait aussi plus de programmes de sensibilisation et de traitement à plus

long terme, ainsi qu'un financement permanent du ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) pour l'Initiative de traitement de la toxicomanie à l'intention des bénéficiaires du programme Ontario au travail (OT).

Des témoins ont souligné la nécessité d'intégrer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. À l'heure actuelle, les clients potentiels sont souvent informés qu'ils doivent surmonter leur problème de toxicomanie avant de pouvoir accéder à d'autres services de santé mentale. Des fournisseurs de services ont confessé qu'ils avaient parfois l'impression de n'avoir d'autre choix que de restreindre l'accès à cause du manque de fonds. Comme beaucoup de toxicomanes ont aussi des problèmes de santé mentale, ce manque d'intégration a de graves conséquences.

La base de données DART<sup>4</sup>, qui contient des renseignements sur les programmes de lutte contre les dépendances offerts à travers la province, a fait l'objet d'éloges. Des témoins ont toutefois laissé entendre qu'elle est trop compliquée et qu'elle n'améliore pas nécessairement l'accès parce que les clients sont exclus des programmes pour de nombreuses raisons. Il a été recommandé de diviser les services ontariens de traitement de la toxicomanie en trois catégories : les programmes limités au traitement des dépendances, les programmes capables de traiter des troubles concomitants et les programmes améliorés de traitement des troubles concomitants.

Certains témoins ont demandé à la province de se pencher davantage sur la réduction des méfaits et de sensibiliser davantage la population ontarienne à ses mérites. D'autres étaient d'avis qu'il faudrait la sensibiliser davantage aux dépendances en général. Un ancien toxicomane a demandé au Comité d'engager des gens comme lui dans l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les dépendances, et de financer des programmes visant à dissuader les jeunes qui consomment déjà de la drogue de continuer. Il a fait remarquer qu'à l'heure actuelle, les organismes demandaient des subventions pour les programmes qui leur semblaient les plus susceptibles d'obtenir un financement, plutôt que pour les programmes les plus nécessaires.

Le Comité est très préoccupé par l'usage croissant d'analgésiques sur ordonnance très toxicomanogènes tels qu'OxyContin et Percocet, comme il l'a souligné lors de sa visite à la Première nation Sandy Lake et à d'autres collectivités rurales et du nord de la province, qui ont toutes besoin d'aide pour combattre cette dépendance particulièrement sévère. Un organisme a recommandé que les médecins soient sensibilisés à la nécessité de réduire la prescription de ces drogues.

Plusieurs témoins ont recommandé que les recherches et les programmes de lutte contre les dépendances soient financés par une taxe modeste sur l'alcool ou sur les produits de la narco-criminalité.

---

<sup>4</sup> Le Répertoire des traitements – Drogue et alcool (DART) est exploité par CONNEXOntario et financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Comité est conscient du fait que l'incidence d'alcoolisme et de toxicomanie est plus élevée chez les personnes atteintes d'une maladie mentale. Il a aussi été informé d'un lien peu connu entre les problèmes de dépendance et les maladies mentales : près de la moitié des cigarettes vendues sont fumées par des personnes atteintes d'une maladie mentale<sup>5</sup>. Chose plutôt étonnante, le Comité a entendu peu de témoignages sur la dépendance au jeu à ce jour.

## GROUPES DE POPULATION

Bien que le Comité ait tenu des audiences très inclusives englobant les préoccupations du grand public, il avait notamment pour mandat d'examiner les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances de certains groupes : les enfants et les jeunes adultes; les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis; les personnes âgées; les francophones et les membres des minorités ethniques.

### Enfants et jeunes adultes

Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'intention des enfants et des jeunes adultes ont suscité plus de préoccupations et de recommandations que ceux destinés à n'importe quel autre groupe. Le Comité a entendu des parents et des jeunes qui ont

parlé ou écrit avec passion sur les défis quotidiens auxquels ils sont tous confrontés. Des personnes qui travaillent avec des enfants et des jeunes et avec leurs familles nous ont aussi parlé de leurs frustrations et de leurs espoirs.

Entre 15 % et 21 % des enfants ont au moins un problème de santé mentale; 14 % des enfants et des jeunes souffrent d'un trouble psychiatrique diagnostiqué; et le suicide est la deuxième grande cause de décès chez les jeunes de 15 à 19 ans.

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Les représentants du Programme oser rêver nous ont appris que 75 % des cas diagnostiqués de maladie mentale se déclarent avant l'âge de 24 ans. L'Offord Centre for Child Studies a mené la dernière Étude sur la santé des jeunes ontariens il y a 20 ans; il a dit au Comité que la province devait faire une nouvelle estimation de la prévalence des maladies mentales et des besoins connexes. De l'avis de Michael Kirby, président du comité sénatorial qui a publié *De l'ombre à la lumière*, les services offerts aux enfants représentaient le pire du système canadien de santé mentale. (*De l'ombre à la lumière* parlait de son statut de « parent pauvre » au sein du système de santé<sup>6</sup>.)

<sup>5</sup> Cette statistique était incluse dans la trousse que la Nickel-a-Drink Research Foundation a soumise au Comité. Nous avons fait enquête et découvert que ce chiffre était tiré de l'étude suivante : Karen Lasser, J. Wesley Boyd, Steffie Woodhandler et coll., « Smoking and Mental Illness: A Population-based Prevalence Study », *Journal of the American Medical Association* 284 (22 novembre 2000) : 2606-2610.

<sup>6</sup> Canada, Parlement, Sénat, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* (Ottawa, le Comité, mai 2006), p. 197.

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) est le principal ministère responsable des enfants et des jeunes de 18 ans et moins qui connaissent des problèmes de santé mentale. Contrairement aux services de protection de l'enfance, les services de santé mentale destinés aux enfants ne sont pas régis par la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*; ils sont fournis dans la mesure où des ressources sont disponibles. La plupart des services sont basés dans la collectivité. En 2006, le MSEJ a publié un cadre stratégique, *Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes*. La première étape de la mise en œuvre du cadre consiste à le « mapper » par rapport aux services actuellement fournis. Le MSEJ continue d'organiser des ateliers régionaux avec des intervenants afin de mettre en commun les leçons tirées de l'exercice de mappage.

Les discussions et mémoires portaient sur une foule de questions, dont les difficultés associées aux transitions liées à l'âge, les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et l'autisme, dont il est question plus loin dans le rapport. Trois questions, examinées ci-après, revenaient constamment sur le tapis : le financement; la prévention, le dépistage rapide et l'intervention précoce; et le système d'éducation.

### *Financement*

Le financement se répercute sur tous les aspects des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En période de récession économique, la demande augmente et l'impact sur les services est plus marqué que d'habitude. Des témoins nous ont dit qu'il était difficile pour les programmes de réaliser leur potentiel à cause du financement à court terme. Les organismes devaient passer beaucoup de temps à demander un financement et à le renouveler. Les contraintes budgétaires nuisent à la capacité des organismes communautaires à recruter et retenir du personnel, étant donné les salaires plus élevés offerts en milieu institutionnel.

Le vérificateur général a renseigné le Comité sur la vérification des services de santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes dont il est question dans son *Rapport annuel 2008*. Les organismes ont du mal à maintenir les services de base parce que le financement est lié aux besoins antérieurs et à la population. Certains témoins ont recommandé d'appliquer une formule de financement fondée sur la

population. Selon Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO), le financement est réparti entre 440 organismes de tailles variées, dont 85 sont des membres accrédités de SMEO<sup>7</sup>. Le vérificateur général a lui aussi mentionné cette fragmentation et précisé que les

« Nous avons besoin de plus de ressources pour ces 10 % d'enfants et de jeunes atteints d'une maladie mentale grave et chronique. »

*Offord Centre for Child Studies*

périodes d'attente et les traitements offerts aux enfants ayant le même problème de santé mentale différaient selon la région.

Le coût empêche de nombreuses familles d'accéder aux services en temps opportun. Les Parents for Children's Mental Health ont déclaré qu'il y avait un problème évident de financement et souligné qu'ils devaient s'armer de patience

<sup>7</sup> Courriel du personnel, Santé mentale pour enfants Ontario, Toronto, 18 février 2010.

et utiliser leurs propres fonds pour que leurs enfants puissent participer à des programmes spéciaux.

### *Prévention/Dépistage rapide/Intervention précoce*

La prévention, le dépistage rapide et l'intervention précoce ont été présentés comme des volets essentiels d'un système plus efficace et plus efficient. Dans la plupart des cas, les médecins sont le premier point de contact des personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale ou de dépendance. Le Comité s'est fait dire que les médecins étaient mal préparés à traiter les problèmes de ce genre, car ils reçoivent peu de formation dans ces domaines.

« Nous devons faire des investissements considérables dans la période allant de la naissance à six ans et investir au moment où la résistance à toutes sortes de troubles chroniques, particulièrement aux problèmes de santé mentale, peut même prévenir ces troubles. »

*Ontario College of Family Physicians*

La Société canadienne de pédiatrie a indiqué que 40 % des visites à des pédiatres avaient un volet santé mentale, mais que seulement 20 % des enfants et jeunes concernés étaient traités pour ce genre de problème. Elle estimait qu'une intervention précoce permettrait de régler environ 70 % de ces cas.

SMEO a déploré le manque de programme systématique de dépistage des problèmes de santé mentale chez les enfants. Ce groupe a informé le Comité que seulement 125 organismes de santé mentale pour enfants avaient recours à l'outil de dépistage courant appelé Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI).

Le vérificateur général a fait remarquer que la plus importante conclusion de la vérification des organismes de santé mentale pour les enfants et les jeunes était la nécessité de mettre davantage l'accent sur le dépistage rapide et l'intervention précoce. Les organismes visités ont indiqué qu'ils auraient besoin de l'aide des écoles à cet égard. Des témoins ont parlé de coopération interministérielle et de partenariats entre les conseils scolaires et les organismes.

Selon certains intervenants, on pourrait aider à prévenir les problèmes en aidant les familles à offrir un environnement mentalement sain à leurs enfants. Il faudra enseigner au personnel de différents secteurs comment repérer les signes avant-coureurs associés aux problèmes de santé mentale et de dépendance pour qu'il puisse intervenir en conséquence.

### *Système d'éducation*

De nombreux témoins ont proposé des moyens de mieux intégrer le système d'éducation à une stratégie de santé mentale. Les troubles de santé mentale se manifestent souvent à travers les problèmes de comportement à l'école. Une préoccupation majeure est la nécessité de former le personnel. Le Comité s'est fait dire que le

« Beaucoup de jeunes enfants souffrant de troubles de santé mentale non diagnostiqués sont si anxieux ou si déprimés qu'ils ne peuvent pas se concentrer, ils ne peuvent pas fréquenter l'école de façon assidue, ils échouent et finissent par décrocher. »

*Un pédiatre*

personnel, particulièrement les enseignants, devait apprendre à reconnaître les problèmes possibles de santé mentale ou de dépendance, afin d'en informer les familles et d'aiguiller les enfants vers les services appropriés.

Les témoins étaient d'avis qu'on pourrait ajouter des cours au curriculum afin de sensibiliser les élèves aux problèmes de santé mentale et de dépendance, mais ils avaient différentes opinions sur le moment opportun d'aborder la question. Il a notamment été fait référence au concept des écoles comme pierre angulaire de l'intégration des services éducatifs, sociaux et de santé ainsi qu'à l'évaluation des enfants et des jeunes.

Les conseils scolaires offrent un certain nombre de programmes pour répondre aux besoins en santé mentale des enfants et contribuer à leur mieux-être. Des soutiens extérieurs sont recommandés quand l'école n'est pas en mesure de répondre aux besoins. Le ministère de l'Éducation collabore avec le MSEJ à l'exercice de mappage et à l'Initiative de leadership en matière de soutien aux élèves, qui vise à forger des partenariats entre les conseils et les organismes communautaires ou à les améliorer.

De plus en plus d'étudiants de niveau postsecondaire chercheraient à obtenir des services de counselling. Ce groupe court d'ailleurs un risque élevé de maladie mentale. Le secteur de l'enseignement postsecondaire est considéré comme un environnement idéal pour les stratégies de promotion et d'intervention précoce, mais on nous a dit qu'il fallait établir des partenariats pour transformer un système décrit comme fragmenté et sous-financé.

## **Membres des Premières nations, Inuits et Métis**

Comme il est noté plus haut, le Comité a visité plusieurs collectivités des Premières nations et organismes offrant des services de santé physique et mentale et de lutte contre les dépendances. Le Comité avait notamment pour mandat d'examiner les besoins des Métis et des Inuits de la province, mais personne n'est venu témoigner ni n'a présenté de mémoire au nom de ces groupes.

« On peut se demander qu'est-ce que toute cette histoire a à voir avec la santé mentale. Je pense que le phénomène — peut-être intergénérationnel — des traumatismes historiques soulève actuellement de nombreuses discussions. »

*Noojmowin Teg Health Centre*

Une histoire d'oppression, les conséquences des écoles résidentielles, le chômage, l'isolement et d'autres facteurs contribuent aux taux plus élevés de traumatisme, de maladie mentale et de dépendance chez les membres des Premières nations. Les clients des organismes de santé mentale et de toxicomanie des Premières nations ont des

besoins multiples et complexes.

Le Comité a reçu un certain nombre de plaintes sur la complexité des ententes fédérales et provinciales de financement pour les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances offerts aux collectivités et aux membres des Premières nations. On a également soulevé la possibilité que les liens entre les collectivités

des Premières nations et leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ne soient pas assez solides.

### *Collectivités du Nord*

Le Comité a été directement témoin des efforts déployés par les dirigeants communautaires pour combattre la nouvelle menace des analgésiques sur ordonnance à Sandy Lake, et de la détresse des travailleurs de la santé face au suicide dans les collectivités situées le long de la baie James. Des grands-parents vieillissants doivent prendre soin de leurs petits-enfants lorsque les parents, handicapés par leur dépendance, sont incapables d'obtenir des services adéquats.

Il existe une grave pénurie de services pouvant répondre aux besoins de cette population, particulièrement dans le Nord. Les soins sont donc généralement offerts à la suite d'une crise. Par exemple, Sandy Lake a lancé son propre programme de traitement avec peu de moyens financiers ou de soutien professionnel. Le Comité a été très impressionné par ces efforts, mais il ne suffit pas de faire preuve de bonne volonté. Sandy Lake a demandé des fonds pour ce programme, et d'autres collectivités ont demandé de l'aide pour la plupart des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, dont les services aux enfants, la sensibilisation des jeunes, les visites de psychiatres et de personnel infirmier psychiatrique, les soins aux aînés et le traitement des dépendances à toutes les étapes.

**« Vous êtes venus à Sandy Lake à un moment décisif. Comme vous le savez peut-être, l'accoutumance aux médicaments de prescription est un grave problème pour de nombreuses collectivités des Premières nations et la nôtre ne fait pas exception. »**

***Première nation Sandy Lake***

Il faut aussi plus de soutien social et économique général sous forme de programmes d'éducation et d'alphabétisation, de possibilités d'emploi, de campagnes contre le racisme, de services de justice et de déjudiciarisation, et de programmes de financement de l'infrastructure. Le Comité peut témoigner des besoins immédiats de logement amélioré.

Il est à espérer que la télémédecine permettra d'améliorer l'accès aux services requis dans l'avenir. Des témoins ont toutefois suggéré que le premier contact devrait se faire en personne. La création d'une équipe de spécialistes en santé mentale qui pourraient venir par avion aiderait aussi les collectivités du Nord à accéder à des services.

### *Collectivités du Sud*

Les Premières nations du sud de la province ont elles aussi du mal à répondre aux besoins de leurs collectivités. Des membres de la Nation des Oneidas de la Thames ont parlé ouvertement de leur incapacité d'établir des liens avec autrui et de leur manque de confiance envers le monde extérieur, deux problèmes résultant des traumatismes subis dans les écoles résidentielles. Des autobus amènent les enfants aux écoles des grands centres, alors qu'ils n'ont pas l'estime de soi nécessaire pour faire face aux enjeux urbains auxquels ils seront confrontés. Les Oneidas ont demandé des programmes d'intervention précoce pour leurs enfants.

et leurs jeunes, ainsi que des programmes d'apprentissage des compétences parentales pour les adultes qui reflètent leurs traditions.

Les membres des Six Nations à Brantford ont parlé de leur situation tout aussi complexe. Malgré l'admirable service de santé mentale offert par la collectivité,

**Le taux de suicide des jeunes autochtones est 5 ou 6 fois plus élevé que celui des jeunes non autochtones; 20 % disent renifler de la colle, et 20 % à 25 % souffrent d'un trouble affectif. La moitié des jeunes contrevenants autochtones et 8 % des enfants autochtones sont atteints de TSAD.**

**Ministère des Affaires autochtones**

les problèmes de dépendance sont blâmés pour une récente augmentation des taux de crime et de violence. Les Six Nations ont demandé des programmes de formation en soutien par les pairs, de gestion des symptômes de sevrage, d'aide postpénale, de suivi et de déjudiciarisation adaptés aux besoins des

Premières nations. Les fournisseurs de services de santé mentale ont aussi souligné la nécessité de mieux diagnostiquer les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), qui font des ravages dans les collectivités des Premières nations partout au pays.

Des témoins qui ont comparu dans différentes villes ont demandé de l'aide pour élaborer une stratégie d'engagement des jeunes. Les jeunes doivent avoir une image positive de l'histoire et des peuples des Premières nations, et de l'espoir pour l'avenir. Des centres de traitement de longue durée ainsi que des programmes de soutien en cas de rechute, de prévention dirigée par des pairs, d'aide postpénale et de sensibilisation — particulièrement pour les femmes enceintes et les jeunes — sont tous requis afin d'offrir un meilleur soutien aux toxicomanes vivant dans des réserves ou hors réserve.

Certains témoins ont présenté des demandes plus précises, par exemple pour le financement des programmes de mentorat ou des échanges entre les travailleurs des soins de santé en milieu autochtone, et pour une conférence en vue du lancement d'une stratégie de recherche sur les problèmes de santé mentale et de dépendance des Autochtones.

Les membres des Premières nations, dans le Nord comme dans le Sud, nous ont demandé de respecter leur droit d'utiliser leurs propres méthodes, dont la guérison traditionnelle, pour régler les problèmes qui existent dans leurs collectivités. Une plus grande sensibilisation à leur histoire et à leurs traditions serait aussi considérée comme un pas en avant. Des témoins ont demandé d'accorder une attention spéciale aux programmes de financement adaptés à la culture, particulièrement ceux administrés par et pour les membres des Premières nations. Les fournisseurs de soins de santé doivent être sensibilisés aux problèmes des Premières nations, parce que les mauvais diagnostics sont courants. De plus, étant donné la taille de nombreuses collectivités, il pourrait être nécessaire d'offrir des services externes afin de préserver la confidentialité. Il est aussi difficile pour de nombreuses collectivités de retenir du personnel. Enfin, des membres des Premières nations ont demandé à être pleinement représentés dans l'élaboration de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

## Personnes âgées

Les personnes âgées forment un segment de plus en plus important de la population ontarienne. La plus grande partie de cette hausse est attribuable aux plus de 85 ans. D'après les chiffres fournis par le Secrétariat aux affaires des personnes âgées, entre 10 % et 15 % des personnes âgées présenteraient des symptômes de dépression.

« Les personnes âgées consomment jusqu'à 40 % des médicaments prescrits au Canada et la plupart d'entre elles consomment plusieurs sortes de médicaments à la fois. »

*Secrétariat aux affaires des personnes âgées*

Le Comité s'est fait dire que le fait de pallier la pénurie de spécialistes en soins gériatriques, d'éduquer et de former des professionnels des soins de santé, des fournisseurs de services et des aidants naturels nous aiderait à mieux comprendre la complexité et la diversité des problèmes de santé mentale et de dépendance des personnes âgées. Cela permettra d'accélérer le diagnostic et d'améliorer le traitement. Des intervenants ont déclaré que des services communautaires améliorés répondraient aux besoins d'un plus grand nombre de personnes âgées et offriraient une solution de rechange aux soins de longue durée.

La maladie d'Alzheimer et les démences connexes ainsi que les foyers de soins de longue durée ont suscité plus de préoccupations que n'importe quelle autre question concernant les personnes âgées.

### *Maladie d'Alzheimer et démences connexes*

Le risque de démence augmente avec l'âge. Il existe différentes formes de démence; la maladie d'Alzheimer, qui affecte 66 % des personnes atteintes de démence, est celle qu'on retrouve le plus souvent chez les aînés. Selon la Société Alzheimer d'Ontario, plus de 180 000 Ontariennes et Ontariens souffrent de démence et ce nombre doublera en moins de 25 ans. En janvier 2010, la Société Alzheimer du Canada a publié *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Elle estime que, si nous ne faisons rien, 2,8 % des Canadiens seront atteints de démence d'ici 2038, comparativement à 1,5 % en 2008<sup>8</sup>.

Selon les témoins, la coordination et l'intégration des services permettront de venir en aide au nombre croissant de personnes atteintes de démence et à leurs fournisseurs de soins tout au long de l'évolution de la maladie. Il faudra notamment prévoir d'autres services gériatriques spécialisés, former le personnel, améliorer l'évaluation, le diagnostic et l'intervention précoce, et tenir compte des effets sur les systèmes de soins actifs, de soins communautaires et de soins de

« La démence est plus qu'un problème de santé important. Elle risque d'engloutir notre système de soins de santé si des changements fondamentaux ne sont pas apportés à la recherche, au financement et à la prestation des soins. »

*Un aidant membre de la famille*

<sup>8</sup> La démence devrait coûter plus de 872 milliards de dollars en frais de santé directs, en frais de renonciation des aidants non rémunérés et en frais indirects associés à la prestation de soins non rémunérés au cours des 30 prochaines années. Voir Société Alzheimer du Canada, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada – Sommaire exécutif* (Toronto, la Société, janvier 2010), p. 10.

longue durée. On a aussi fait valoir la nécessité d'offrir un répit aux fournisseurs de soins qui mettent tant d'énergie à répondre aux besoins de leurs proches que leur propre bien-être en souffre.

### *Foyers de soins de longue durée*

Les soins, le traitement et la sécurité des personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance préoccupent non seulement les travailleurs du secteur ontarien des soins de longue durée, mais aussi les parents et amis des résidents des foyers de soins de longue durée. Selon l'Ontario Long Term Care Association, on noterait une amélioration de la santé mentale au moment de l'admission et après. L'Association a cité des données récentes selon lesquelles 26 % des résidents auraient déclaré que leurs symptômes de dépression s'étaient aggravés sur une période de trois mois, et 2 % auraient déjà été admis dans un hôpital psychiatrique.

Des témoins ont parlé de la nécessité d'accroître et de renforcer les partenariats entre les établissements de soins et les ressources telles que les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les conseils familiaux et les spécialistes en santé mentale. Ils ont réclamé un financement approprié pour que les établissements puissent accueillir les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale, notamment en prévoyant plus d'unités spécialisées et/ou des unités de plus en plus spécialisées et en assurant l'éducation et la formation continues du personnel. On

« Les établissements de soins de longue durée doivent être financés de façon adéquate afin de pouvoir accueillir les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale. »

*Comité consultatif des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances*

a mentionné la nécessité d'un outil d'évaluation complet et efficace que les CASC pourraient utiliser pour déterminer le potentiel de comportement agressif avant l'admission. Ceci aidera à déterminer les établissements à recommander dans chaque cas. Il a aussi été suggéré de réviser les

politiques de réadmission dans un établissement après un congé ou une période d'absence, afin de prévoir suffisamment de temps pour les évaluations comportementales.

### **Francophones**

Le Comité avait notamment pour mandat d'examiner les besoins des francophones en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances, mais les témoins n'ont guère parlé de ces besoins. Certains ont demandé d'accroître le financement et d'accorder une plus grande attention à cette question. À Sudbury, nous avons entendu parler de la difficulté d'amener des psychiatres francophones à établir leur pratique dans cette collectivité.

### **Nouveaux arrivants et réfugiés**

Le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration a parlé des défis qui rendent les immigrants et les réfugiés plus vulnérables à la maladie mentale et aux dépendances (p. ex. chômage et sous-emploi, absence de réseau familial et social). Les immigrants doivent aussi surmonter des obstacles à l'accès, dont les

barrières linguistiques, la méconnaissance des services, et les différences culturelles dans l'interprétation de la maladie mentale.

Plusieurs témoins ont souligné que les traumatismes non-traités sont une des principales causes de maladie mentale et de dépendance, particulièrement dans le cas des femmes, des immigrants, des réfugiés et des collectivités relativement défavorisées qui connaissent des taux élevés de violence.

« Nous voyons des gens originaires de pays déchirés par la guerre qui sont victimes de traumatismes, des femmes et des enfants victimes de violence familiale et des jeunes victimes de mauvais traitements. »

*Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative Services*

Certains témoins étaient d'avis que les traducteurs jouaient un rôle utile dans les systèmes de services sociaux et de santé. Ils croyaient qu'un financement et des efforts de recherche accrus aideraient à comprendre les besoins des immigrants et des membres des minorités visibles. Des programmes de sensibilisation et de développement des compétences culturelles étaient considérés comme essentiels pour obtenir des résultats positifs.

## SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES

Au printemps 2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a déclaré que les services offerts par des organismes communautaires de santé mentale et financés par le gouvernement incluaient : plus de 300 programmes communautaires de santé mentale; 79 équipes de traitement communautaire dynamique (TCD)<sup>9</sup>; l'intervention en cas de crise; la gestion de cas intensive (GCI); l'intervention précoce en cas de psychose; des programmes de formation professionnelle; des initiatives à l'intention des consommateurs/survivants; et le logement avec services de soutien. Le gouvernement finance aussi des services de traitement à l'intention des alcooliques et toxicomanes et des joueurs compulsifs.

Dans son *Rapport annuel 2008*, le vérificateur général a procédé à une vérification des services communautaires de santé mentale et constaté que le MSSLD avait atteint son objectif en matière de désinstitutionnalisation, à savoir réduire le nombre de lits réservés aux soins psychiatriques à 35 par tranche de 100 000 personnes, et que certaines bonnes pratiques locales de coordination étaient en place. Le financement n'a cependant pas suivi les gens désinstitutionnalisés dans les collectivités. Le MSSLD a estimé que, pour maintenir l'objectif en matière de désinstitutionnalisation, il devrait octroyer 60 % des fonds à des organismes communautaires. Selon le rapport de vérification, ce ministère a dépensé environ 39 \$ pour les services communautaires pour chaque tranche de 61 \$ consacrés aux services en établissement en 2006-2007<sup>10</sup>. Il est

« Nous avons constaté que le niveau de soutien communautaire n'était pas encore suffisant. »

*Vérificateur général de l'Ontario*

<sup>9</sup> Les équipes de traitement communautaire dynamique (TCD) sont des équipes multidisciplinaires qui fournissent des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

<sup>10</sup> Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2008* (Toronto, le Bureau, 2008), p. 202.

difficile d'accéder à des services communautaires efficaces en temps opportun, les RLISS indiquant que les périodes d'attente peuvent durer jusqu'à 180 jours.

Comme il est expliqué plus haut, le vérificateur général a constaté que le financement fondé sur les niveaux antérieurs avaient créé d'importantes disparités entre les régions. Au moment de la vérification, le financement moyen par personne des services communautaires variait entre 19 \$ et \$115. (La vérification des programmes de lutte contre les dépendances effectuée en 2008 citait une analyse du MSSLD selon laquelle les 14 RLISS affectaient de 3 \$ à 40 \$ à ces programmes<sup>11</sup>.) Des témoins ont demandé un nouveau modèle de financement reconnaissant les besoins relatifs.

De nombreux témoins et mémoires réclamaient un financement accru pour un éventail de services de soutien communautaires. Ils parlaient de la nécessité de créer des environnements favorisant la camaraderie et le soutien social; l'expression « un foyer, un ami et un emploi » revenait souvent. Des activités récréatives, nutritionnelles et culturelles pourraient être offertes par l'entremise des centres communautaires, des bibliothèques et des centres d'éducation des adultes. Il a aussi été question des personnes ayant des besoins complexes auxquels il est difficile de répondre. (Voir aussi les sections « Intégration » et « Questions de traitement » du rapport.)

« J'aimerais avoir plus d'activités intéressantes la fin de semaine afin de me sentir moins seul. »

*Un consommateur/survivant*

Les secteurs de services qui ont suscité le plus de commentaires sont examinés ci-après : l'éducation et l'emploi; l'aide financière; le logement; l'intercession juridique; le soutien par les pairs; et le soutien aux familles et aux fournisseurs de soins.

## Éducation et emploi

Les soutiens à l'éducation, à la formation et à l'emploi facilitent la réinsertion sociale et aident à trouver un travail valorisant. Un emploi peut améliorer non seulement la situation financière d'une personne mais aussi, ce qui est peut-être tout aussi important, son estime de soi. Des témoins pensaient que les critères d'admissibilité à ces services pouvaient être assouplis, car il est parfois difficile d'y accéder. Les employeurs sensibles aux problèmes de maladie mentale et de dépendance offriront un environnement rassurant où les personnes touchées sont plus susceptibles de se sentir acceptées et de réussir.

## Aide financière

Les données fournies par le MSSC indiquent clairement qu'une forte proportion de clients qui bénéficient d'une aide sociale et d'un soutien à l'emploi ont ou risquent d'avoir des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Par exemple, 72 % des résidents des foyers disaient avoir au moins un problème diagnostiqué de santé mentale. Plus de 50 % des bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) ont une incapacité mentale. D'après

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 60.

les résultats d'un sondage réalisé par la Ville de Toronto, 86 % des sans-abri font l'objet d'un diagnostic de maladie mentale ou de toxicomanie pour toute leur vie.

Les témoins considéraient les taux d'aide sociale comme insuffisants, particulièrement dans le cas du POSPH. D'après eux, les taux du POSPH devraient couvrir le coût réel de la vie et augmenter avec le taux d'inflation ou l'indice des prix à la consommation.

« Je voudrais que le gouvernement fournisse de l'argent à ceux d'entre nous qui souffrent d'une maladie mentale pour que nous puissions relever notre niveau de vie au-delà du niveau de subsistance. »

*Un consommateur/survivant*

Le Comité a appris que, d'après les recherches, les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital ont moins de chances de se retrouver dans la rue lorsqu'elles reçoivent de l'aide dans le cadre du POSPH ou d'OT<sup>12</sup>. Une autre étude montrait que les bénéficiaires du POSPH étaient beaucoup plus susceptibles de s'affranchir du système d'aide sociale s'ils recevaient des soins de santé mentale et d'autres services communautaires<sup>13</sup>.

On nous a dit que l'examen du système d'aide sociale devrait aller au-delà de la surface. On était particulièrement préoccupé par les désincitations au travail intégrées au POSPH et les dispositions de récupération qui empêchent les bénéficiaires de sortir du trou. Ces désincitations incluaient la perte de l'assurance-médicaments, la réduction des paiements versés aux personnes qui touchent un revenu de travail, et les complications associées à la crainte de rechute et de retour au système d'aide.

## Logement

Le Comité s'est fait rappeler à plusieurs reprises à quel point le logement était important. Selon les témoins, la fourniture d'un logement peut aider à réduire les symptômes psychiatriques ainsi que le nombre de visites inutiles à la salle des urgences (SU) et de séjours prolongés à l'hôpital. Les termes « abordable », « sûr », « subventionné » et « avec services de soutien » étaient fréquemment employés pour décrire les types de logement désirés<sup>14</sup>.

« Il n'y a pas de santé mentale sans foyer. »

*The Dream Team*

<sup>12</sup> C. Forchuk, S.K. Macclure, M. van Beers et coll., « Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and 'No Fixed Address' », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (2008) : 569-75.

<sup>13</sup> Institut canadien d'information sur la santé, « Existe-t-il un lien entre la durée de séjour à l'hôpital et la réadmission pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie? », *Analyse en bref*, 17 avril 2008.

<sup>14</sup> Le mémoire déposé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale mentionnait trois types généraux de logement destinés aux personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'une dépendance : en milieu surveillé, avec services de soutien et subventionné. [Traduction] « Un logement en milieu surveillé est un établissement à but lucratif offrant gîte et couvert mais avec peu ou pas de services de soutien à la réadaptation. Un logement avec services de soutien est une habitation collective avec services de soutien à la réadaptation. Un logement subventionné est une approche fondée sur les points forts qui vise à aider les clients à obtenir et à garder un logement indépendant dans la collectivité. »

Dans sa vérification des services communautaires de santé mentale, le vérificateur général a relevé un manque critique de logement avec services de soutien dans la plupart des régions, même s'il y avait des places vacantes ici et là dans la province. Les RLISS ont indiqué au personnel de vérification qu'un logement abordable avec services de soutien constituait la pierre angulaire d'un système rentable de soins communautaires. Selon le personnel du MSSLD, la politique gouvernementale en vigueur met l'accent sur les suppléments au loyer pour que les personnes touchées puissent vivre dans la collectivité.

Un organisme a recommandé que soit nommé un groupe responsable de la gestion des demandes et des listes d'attente pour tous les logements avec services de soutien sur son territoire. Cette centralisation permettrait d'uniformiser le processus de demande, d'améliorer le service à la clientèle, d'établir des statistiques fiables sur les listes d'attente aux fins de la planification stratégique, et d'améliorer les services offerts aux personnes qui ont besoin de soutien en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

D'autres témoins ont laissé entendre que la Stratégie à long terme de logement abordable du ministère des Affaires municipales et du Logement ainsi que la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances permettraient de coordonner la prestation d'un soutien au logement aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance<sup>15</sup>. Les stratégies de logement antérieures peuvent servir de modèles. Ils nous ont aussi rappelé les besoins des refuges et les coûts que ceux-ci doivent supporter pour offrir des services aux sans-abri qui ont des problèmes complexes de santé mentale et de dépendance.

### **Intercession juridique**

Le Comité s'est fait dire qu'il devrait être plus facile d'accéder à des services d'intercession juridique. Les services fournis par le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP) sont offerts uniquement dans les anciens hôpitaux psychiatriques; ils n'ont pas été transférés à la collectivité. Il a été suggéré qu'on pourrait faire contrepois au rôle joué par le BIPEP dans la protection des droits issus de la loi en nommant un défenseur provincial des traitements.

---

<sup>15</sup> Le ministère des Affaires municipales et du Logement a terminé les consultations sur sa Stratégie à long terme de logement abordable en décembre 2009. Un rapport pourrait être publié d'ici la fin du printemps 2010. Entrevue téléphonique avec le personnel, Bureau du sous-ministre, ministère des Affaires municipales et du Logement de l'Ontario, Toronto, 19 février 2010.

## Soutien par les pairs

On a beaucoup parlé et écrit au sujet de ce que les anciens clients pourraient nous apprendre en participant à la prestation des services. Des témoins nous ont dit que l'expérience acquise par les consommateurs/survivants qui participent aux initiatives, particulièrement à la prestation des services de soutien par les pairs, pouvait aider à réduire les périodes d'attente et d'hospitalisation et à améliorer l'accès.

« Je pense qu'un réseau quelconque de soutien par les pairs serait idéal. »

*Un consommateur/survivant*

Le Comité a appris que des services de soutien par les pairs pouvaient être offerts de façon formelle ou informelle par l'entremise des bureaux de conférenciers, des programmes d'éducation publique, de recherche et d'évaluation, des SU des hôpitaux et des lignes téléphoniques de soutien préventif, et que ces services pouvaient aider les clients à naviguer dans le système et à défendre leurs intérêts. Le projet de trousse de soutien par les pairs de l'Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre pairs permettra aux organismes d'entraide d'accréditer les travailleurs pairs d'ici septembre 2010.

## Soutien aux familles et aux fournisseurs de soins

Les familles et les fournisseurs de soins offrent un soutien important aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance, mais ils risquent de s'épuiser et de connaître des difficultés financières en conséquence. D'après les résultats d'un sondage mené en 2009 auprès de 200 familles prenant soin d'une personne atteinte d'une maladie mentale, 80 % d'entre elles se sentaient accablées ou gravement stressées.

On nous a dit que les groupes de soutien à la famille pouvaient offrir de l'aide, une éducation, un répit et des possibilités de discussion. Les groupes constitués par des consommateurs/survivants et des fournisseurs de soins pourraient délivrer de précieux enseignements aux familles. Nous avons aussi appris qu'un soutien structuré à la famille pouvait être intégré au plan de rétablissement des personnes qui désirent mettre leur famille à contribution. (Voir aussi la discussion sur la vie privée dans la section « Questions de traitement » du rapport.)

Des témoins ont affirmé que les méandres du système rendaient difficile l'accès au traitement. La création de postes de « navigateur » aiderait les familles à reconnaître les symptômes, à obtenir un diagnostic, à comprendre les questions de droit (p. ex. confidentialité des renseignements sur les soins de santé), et à s'y retrouver dans le dédale de services. (Voir aussi la section « Intégration ».)

Des membres de la famille ont parlé de la nécessité de fournir des ressources didactiques, particulièrement en ce qui concerne leur rôle comme fournisseurs de soins. On pourrait commencer par créer des liens Internet vers des sources fiables d'information à jour. Les soins de

« Notre famille a été très frustrée par la difficulté de trouver quelqu'un qui pourrait nous voir; par le temps qu'il a fallu attendre pour le rendez-vous initial, par le temps entre les rendez-vous et par le manque de ressources disponibles. »

*Un membre de la famille*

relève donnent aux fournisseurs de soins le temps de poursuivre leurs intérêts personnels, sociaux et récréatifs. Une aide financière sous forme d'indemnité aux aidants naturels bénéficierait à ceux et celles qui touchent un revenu insuffisant pour tirer parti des mesures d'allégement fiscal. Un témoin nous a dit qu'une indemnité de ce genre avait été annoncée par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse en août 2009<sup>16</sup>.

## PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Bien que le médecin de famille soit la première personne à consulter pour obtenir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, de nombreux professionnels des soins de santé, des services sociaux et de la santé mentale participent à la prestation de ces services. Les avantages des équipes multidisciplinaires et d'une plus grande collaboration entre les professions étaient largement reconnus.

### Soins primaires

Certains témoins étaient d'avis qu'il fallait promouvoir les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans les centres de soins primaires, car ces services peuvent accélérer le diagnostic et l'intervention, particulièrement dans le Nord. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a attiré notre attention sur le fait que les médecins de famille et les membres du personnel infirmier communautaire étaient les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour une maladie mentale ou une dépendance, et qu'ils faisaient environ 80 % du travail dans ce secteur.

Nous nous sommes fait dire que les professionnels de la santé mentale pouvaient et devraient jouer un rôle plus actif dans la prestation des soins de santé primaires ou des soins partagés. Les modèles possibles comprennent la co-occupation (c.-à-d. qu'un organisme communautaire de santé mentale partage des locaux et un personnel avec des services de soins primaires), des liens entre les médecins et les psychiatres, la supervision du personnel des équipes de santé familiale (ESF) par un fournisseur communautaire de services de santé mentale, et l'intégration de psychiatres et de travailleurs sociaux aux cabinets de médecine familiale.

On a souvent souligné qu'il était difficile pour les personnes qui ont fait l'expérience de la maladie mentale ou de la dépendance, particulièrement celles qui ont des besoins complexes, d'accéder aux soins primaires. En l'absence de médecin de famille ou d'autres formes de soins primaires, elles ne peuvent pas accéder à des programmes de traitement, consulter des spécialistes ou recevoir des médicaments. Le fait de négliger les problèmes de santé physique peut aggraver les problèmes de santé mentale. Il pourrait être utile de prévoir des incitatifs pour les médecins qui acceptent de traiter ces patients. À Sudbury, par exemple, le Comité a

« J'ai appelé son médecin de famille, qui m'a dit qu'il n'était pas psychiatre. »

*Un membre de la famille*

<sup>16</sup> Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, « Allowance to Aid Caregivers », communiqué daté du 11 août 2009.

appris que l'Hôpital régional de Sudbury versait une allocation à un médecin de famille qui dirigeait une clinique de soins primaires en santé mentale dans un de ses établissements<sup>17</sup>.

Les régions rurales et éloignées sont particulièrement affectées par les périodes d'attente, les frais de déplacement et la difficulté de recruter et de retenir des professionnels de la santé. Les personnes traitées dans de grands centres courent un risque de rechute lorsqu'elles retournent dans leur collectivité mal desservie.

La télémédecine et les innovations en cybersanté pourraient aider à combler certaines lacunes, particulièrement dans les régions isolées. On pourrait aussi mettre sur pied une équipe de professionnels en santé mentale qui se déplaceraient par avion, et prévoir des incitatifs afin d'attirer et de retenir ces professionnels. Certains étaient d'avis qu'un éventail complet de services devrait être offert par un hôpital central ou un autre organisme, mais d'autres craignaient que l'accès ne soit limité par l'éloignement excessif de ces centres. La section Champlain-Est de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a recommandé de faire appel à des gestionnaires de cas graves ayant reçu une formation générale, appuyés par des équipes TCD et des services d'intervention en cas de crise, car il n'est pas réaliste de penser à offrir des services spécialisés en milieu rural.

Liée à l'accès est la question de l'éducation et de la formation. Les médecins de famille consacrent entre 30 % et 70 % de leurs heures de travail normales à des personnes qui présentent des problèmes d'origine psychologique ou associés en grande partie à des facteurs psychologiques. D'après les résultats d'un sondage réalisé auprès des médecins de famille, les écoles de médecine abordaient à peine les questions de santé mentale. Le Comité s'est fait dire qu'il faudrait offrir une formation plus pertinente aux fournisseurs de soins primaires dans le cadre de leurs programmes d'études et en cours d'emploi (p. ex. au sujet des troubles concomitants). De plus grandes connaissances peuvent aussi mener à une plus grande sensibilisation, certains clients ayant été jugés d'avance ou stigmatisés par des professionnels des soins primaires et d'urgence.

Des témoins ont parlé du temps que les médecins doivent consacrer aux problèmes de santé mentale et de dépendance de leurs patients. L'actuel barème tarifaire ne prévoit pas une rémunération suffisante pour ce temps et n'incite pas les médecins à accepter d'autres patients. On a encouragé le gouvernement à établir de nouveaux modèles de rémunération en collaboration avec l'Ontario Medical Association (OMA).

Au printemps 2009, le MSSLD a annoncé son intention d'intégrer des conseillers en santé mentale aux unités telles que les ESF et les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens. En janvier 2010, 122 des 170 ESF comptaient des travailleurs en santé mentale ou des travailleurs sociaux approuvés parmi leurs membres. En février 2010, 11 cliniques dirigées par des infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens en étaient à différentes étapes de

---

<sup>17</sup> Au moment de la rédaction de ce rapport, l'Hôpital régional de Sudbury était en train de centraliser ses opérations.

développement. Dans leurs présentations originales, cinq de ces cliniques indiquaient qu'elles offriraient notamment des services de santé mentale. Cependant, aucun travailleur en santé mentale n'avait été engagé, car les cliniques n'avaient pas encore demandé de financement pour leur personnel.

Le MSSLD a ajouté que l'entente conclue en 2008 avec l'OMA prévoyait des primes pour les personnes atteignant les objectifs minimums en matière de prestation des services, dont les services de santé mentale. Il faisait référence à l'article 5.2 de l'entente, « Prime pour services en cabinet »<sup>18</sup>.

**5.2** Le CSM élaborera un mode de paiement des médecins et des groupes de médecins associés à des MPCP (modèles de prise en charge de patients) qui fournissent une vaste gamme de services en cabinet. Une recommandation de mise en œuvre au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2010 sera formulée à l'intention des parties. Un fonds de 5 millions de dollars sera prévu la première année du programme et 10 millions de dollars seront par la suite réservés chaque année<sup>19</sup>.

## Psychiatres

Partout dans la province, le Comité s'est fait dire qu'il n'y avait pas assez de psychiatres et que les périodes d'attente étaient longues. Dans une collectivité, il a appris que de nombreux psychiatres nommés par l'université n'offraient pas de soins en pratique clinique. En ce qui concerne les enfants et les jeunes adultes, un pédiatre a déclaré que le Canada comptait moins de 500 psychiatres spécialisés dans le traitement des enfants et des jeunes.

Nous avons appris qu'une façon d'accroître le nombre de psychiatres serait de valoriser ce domaine auprès des jeunes médecins; cela pourrait toutefois s'avérer difficile. Le président de l'Association des Psychiatres de l'Ontario a convenu avec de nombreux autres témoins que les préjugés entravaient l'accès aux soins pour les clients des membres de l'Association, mais il a souligné que les psychiatres eux-mêmes faisaient l'objet de discrimination comme fournisseurs de soins, ce qui est un problème critique pour le recrutement et la rétention.

Le Comité a soulevé la question du nombre de psychiatres auprès du MSSLD. Nous avons appris que le pourcentage de psychiatres en exercice par tranche de 10 000 personnes en Ontario avait baissé de 2,4 % entre 2002 et 2007. Reconnaissant la pénurie de professionnels qualifiés, la province a fait passer le

<sup>18</sup> Courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 24 février 2010.

<sup>19</sup> Protocole d'entente entre l'Ontario Medical Association et Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, représentée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2012. Site [http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/physiciansaf/docs/oma\\_agreement.pdf](http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/physiciansaf/docs/oma_agreement.pdf), visité le 25 février 2010.

nombre de postes de résidents de première année en psychiatrie de 38 à 58, pour une augmentation de 52,6 % entre 2002 et 2008<sup>20</sup>.

## Autres professions

Les représentants d'autres professions autoréglementées ou sur le point de l'être ont plaidé en faveur d'une participation plus active de leurs membres dans la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ces témoins ont déclaré qu'une plus grande participation des psychologues, des associés en psychologie, des

psychothérapeutes, des thérapeutes en santé mentale et des travailleurs sociaux permettrait d'évaluer plus de gens et de les traiter de façon économique et en temps opportun. Comme on l'a rappelé au Comité, le modèle médical de soins n'est ni demandé ni requis par tous les clients des services de santé mentale.

Beaucoup ont dit appuyer l'élargissement du financement public aux psychologues, aux associés en psychologie, aux psychothérapeutes et aux travailleurs sociaux qui fournissent des services de santé mentale.

« L'assurance-maladie paie pour les médecins et les hôpitaux, mais c'est tout. La réalité est que la vaste majorité des services de santé mentale ne sont pas offerts par des médecins, mais par toutes sortes d'autres travailleurs des soins de santé. »

*Michael Kirby, ancien président  
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*

## SOINS EN ÉTABLISSEMENT

De nombreux hôpitaux publics, qui doivent se conformer à la *Loi sur les hôpitaux publics* et à ses règlements, sont des établissements psychiatriques désignés en vertu de l'annexe 1 de la *Loi sur la santé mentale*. Ils fournissent des services en milieu hospitalier, de consultation externe, de jour et d'urgence, ainsi que des services éducatifs et de consultation aux organismes locaux. (Une liste de ces établissements figure à l'annexe C<sup>21</sup>.) Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, les RLISS sont responsables de la planification, du financement et de la gestion des services de santé, y compris les hôpitaux, sur leurs territoires respectifs.

Des hôpitaux ont fait état des défis que doit relever le secteur institutionnel. Ces défis comprennent la mise en œuvre des directives de la Commission de restructuration des services de santé ainsi que les changements qui ont accompagné l'établissement des RLISS. À St. Thomas et à Ottawa, nous avons rencontré des représentants du London Health Sciences Centre et des Services de santé Royal Ottawa. Ceux-ci ont parlé de leur mandat, qui englobe la prestation de services de soins actifs, et de leur mission en tant que centres d'enseignement des sciences de la santé. Ils ont également souligné l'importance de forger des partenariats communautaires et de renforcer les capacités communautaires.

<sup>20</sup> Courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 25 septembre 2009.

<sup>21</sup> Les établissements définis aux annexes 2, 3, 4, 5 et 6 ne sont pas tenus de fournir certains services.

Plusieurs témoins ont soulevé deux questions liées aux soins en établissement, soit l'accès aux lits et les salles des urgences. Ces questions sont examinées ci-après.

### Accès à des lits

Les témoins considéraient la désinstitutionnalisation comme un objectif louable, mais certains d'entre eux étaient d'avis qu'il fallait prévoir plus de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Ils ont notamment fait référence aux établissements de l'annexe 1, dont il faudrait augmenter le nombre de lits de soins actifs et qui devraient faire l'objet d'un examen incluant l'établissement de points de repère. Une autre recommandation était de permettre aux hôpitaux locaux d'utiliser la Formule 1, qui est la demande que le médecin doit remplir pour faire admettre une personne dans un établissement psychiatrique à des fins d'évaluation. (Voir l'annexe D pour plus de détail sur la Formule 1 et les autres étapes du processus d'admission et de traitement.)

« Il se peut que le nouveau "modèle de soins" en milieu communautaire réponde aux besoins de la majorité des patients, mais beaucoup d'entre nous craignons que les établissements qui traitent les cas "complexes" et "difficiles à traiter" NE reçoivent PAS un financement suffisant. »

*Un parent*

Le Comité a également appris que les critères utilisés pour déterminer si quelqu'un doit être admis à l'hôpital, la durée du séjour et la date du congé devaient être réévalués. Certains témoins étaient convaincus que les décisions d'admission et de congé dépendaient de la disponibilité des lits plutôt que des besoins.

### Salles des urgences

Les soins offerts dans les SU des hôpitaux aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance ont fait l'objet de commentaires de la part d'organismes et de particuliers. Tous s'entendaient sur la nécessité d'un changement. Le Comité reconnaît que les longues périodes d'attente dans de petites salles bruyantes peuvent être très stressantes pour les patients.

On nous a dit que les professionnels de la santé et les autres membres du personnel de première ligne qui travaillent dans les SU devaient être sensibilisés à la maladie mentale. Cette sensibilisation pourrait prendre la forme d'une

« Les soins d'urgence offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale sont déplorables. Alors que ces personnes ont besoin d'une aide quasi immédiate, elles doivent généralement attendre pendant des heures dans un environnement qui peut leur sembler très menaçant. »

*Un frère ou une soeur*

formation anti-stigmatisation obligatoire pour tout le personnel, d'une formation sur les techniques de désescalade en santé mentale et de la mise en œuvre de lignes directrices sur la sécurité des patients en santé mentale pour les SU. Des travailleurs à l'intervention d'urgence, des travailleurs de soutien à l'intégration communautaire ou des travailleurs pairs placés dans des hôpitaux ou des SU pourraient reconforter les

patients et les aiguiller vers des services appropriés de gestion de cas et de logement et d'autres ressources à long terme.

Certains témoins croyaient qu'on pouvait réduire les périodes d'attente en amenant les hôpitaux et les organismes communautaires à travailler ensemble à

l'élaboration de services non urgents coordonnés, normalisés et mesurables. Ces services pourraient inclure des systèmes communautaires d'intervention en cas de crise qui fonctionneraient 24 heures sur 24 et qui seraient directement liés aux hôpitaux, des équipes mobiles d'intervention 24/7 et des centres de gestion des crises. Le Comité a aussi entendu parler des équipes mobiles de traitement en cas de crise, qui offrent un traitement intensif à court terme au domicile de la personne ou dans d'autres types de résidences (p. ex. des refuges).

Parmi les changements qui, d'après les témoins, pourraient être apportés aux établissements mêmes, mentionnons l'accès 24/7 à la salle des urgences pour les personnes en situation de crise, des cliniques sans rendez-vous où les gens pourraient venir consulter des professionnels de la santé, des programmes de déjudiciarisation et de liaison avec les services communautaires de santé mentale dans les SU très occupées, et des programmes d'hébergement sécuritaire en cas de crise.

À Thunder Bay, une infirmière psychiatrique a fait part de son rêve au Comité : un service intégré d'urgence psychiatrique rattaché à la SU du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. On y trouverait des psychiatres et du personnel infirmier en santé mentale. La confidentialité serait maintenue. Le personnel offrirait un traitement initial, assurerait un suivi limité et aiguillerait les patients vers des fournisseurs de soins communautaires. Le service traiterait les personnes ayant une maladie mentale comorbide. Le traitement en temps opportun des personnes ayant un problème de dépendance serait assuré en collaboration avec les organismes communautaires invités à participer au processus de planification des congés<sup>22</sup>.

## INTÉGRATION

Presque tous les témoins qui ont comparu devant le Comité ont plaidé en faveur d'une intégration quelconque des services. Les témoins avaient des opinions bien ancrées, parfois divergentes, sur ce point. Quoi qu'il en soit, des termes tels que « cloisonnement » et « navigation » font maintenant partie de notre vocabulaire. L'ACSM, division de l'Ontario a fait remarquer que l'Ontario offrait un des éventails de services les plus complets au pays. Il y a cependant des centaines d'organismes offrant des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et au moins 10 ministères participant de près ou de loin au système. Les Ontariens qui ont un problème de santé mentale ou de dépendance pourraient ne pas savoir à qui s'adresser.

« Nous ne demandons pas aux gens qui se sont cassé une jambe de courir un marathon, ou à ceux qui souffrent d'une insuffisance cardiaque de lever des tonnes, mais il me semble que nous en demandons souvent beaucoup aux personnes atteintes d'une maladie mentale et à leurs donneurs de soins. »

*Un membre de la famille*

<sup>22</sup> Le Comité a reçu une pétition, signée par 196 personnes de la région de Thunder Bay, à l'appui de la création d'un service d'urgence psychiatrique à la SU du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay.

Le Comité a été particulièrement peiné d'apprendre que de nombreux enfants et jeunes passaient entre les mailles du filet durant la transition au système pour adultes. Des familles ont indiqué qu'il était frustrant d'avoir à répéter la même histoire à de multiples fournisseurs de services lorsqu'elles réussissent à obtenir un traitement. Beaucoup se retirent carrément du système parce qu'il est trop complexe et épuisant à gérer.

« Les besoins en santé mentale ne dépendent pas de l'âge ni du style de vie. »

Griffin Centre

Quoique les lacunes du système soient attribuables en partie au manque de services, la coordination des services existants semble essentielle à la réforme. L'actuel système s'articule autour de besoins ou de groupes d'âges précis, mais les besoins en santé mentale ne dépendent pas de l'âge ni du style de vie.

Certains témoins ont préconisé une plus grande intégration des aspects suivants du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances :

- les services aux enfants, aux jeunes et aux adultes;
- les services aux adultes et aux aînés;
- les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- les services de santé mentale et de déficience intellectuelle;
- le système de justice et les services de santé mentale;
- les services aux mères et aux bébés ou enfants;
- les services collégiaux/universitaires de counselling et les services communautaires de santé mentale;
- la transition de l'hôpital aux soins communautaires;
- les régions géographiques et les secteurs de planification (particulièrement en ce qui concerne le financement des RLSS);
- les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et le système de soins de santé en général;
- les ministères qui offrent des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- les stratégies provinciales et fédérales.

Des témoins ont présenté un certain nombre de recommandations visant à faciliter l'intégration. Beaucoup ont proposé de faire appel à des gestionnaires de cas ou à des navigateurs du système pour guider les clients vers les services appropriés, défendre leurs intérêts, et transférer l'information sur les soins de santé de façon plus efficace, assurant ainsi la continuité des soins. L'ACSM, division de l'Ontario a loué la province parce qu'elle avait amélioré l'accès aux gestionnaires de cas au cours des dernières années.

Certains ont ajouté que, si le financement suivait les clients au lieu d'être rattaché aux organismes, moins de gens tomberaient entre les mailles du filet. Un expert a fait valoir que le concept de « continuité du donneur de soins », où un psychiatre

est responsable d'une personne en établissement et dans la collectivité, avait été négligé mais qu'il était tout aussi important que celui de la continuité des soins.

Une autre recommandation courante concernait l'approche « chaque porte est la bonne porte », où la personne est intégrée au réseau de services quel que soit le point d'entrée ou le type de besoin. Les différents services pourraient être regroupés ou centralisés, ou un organisme pourrait assumer la responsabilité de mettre les clients en contact avec d'autres parties du système. On trouve déjà en Ontario des exemples de services intégrés avec succès, comme le Halton Our Kids Network et l'ACSM, section de Grand River, qui pourraient servir de modèles à d'autres organismes.

D'autres ont proposé d'établir une liste centralisée d'organismes de soins de santé et de soins communautaires afin d'aider les fournisseurs de soins à diriger les clients vers les services appropriés. Il pourrait être nécessaire de redoubler les efforts de sensibilisation, pour informer les clients des services disponibles en plus de surveiller leur état et leur participation.

Il y a eu un débat sur l'opportunité de fusionner certains des nombreux services communautaires de la province. Certains témoins croyaient que cela réduirait la confusion et les chevauchements. L'ACSM, section de Toronto a soutenu qu'il n'y avait aucune preuve de l'efficacité des fusions, mais beaucoup de preuves du contraire. Il pourrait être plus important d'appuyer la collaboration en matière de planification et prestation des services dans les collectivités.

Des témoins insistaient sur la nécessité de « décloisonner » les ministères en renforçant les liens formels. Il a notamment été proposé d'attribuer la responsabilité globale du système à un fonctionnaire, de créer un secrétariat, ou d'établir un organisme tel qu'Action Cancer Ontario pour superviser le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Des témoins ont demandé au Comité d'examiner les nombreux documents, politiques et stratégies déjà en place, et d'aligner en partie son plan d'action sur celui du gouvernement fédéral. Enfin, l'ACSM, division de l'Ontario a averti le Comité que la maladie mentale était un sujet complexe et qu'il fallait intégrer les stratégies de réforme et mettre l'accent sur le système dans son ensemble.

## SYSTÈME DE JUSTICE

Une des préoccupations les plus souvent mentionnées au Comité était que, pour beaucoup trop de gens, le premier contact avec le système de santé mentale se faisait par l'entremise du système de justice. Certains témoins ont révélé qu'on les avait encouragés à faire arrêter un membre de leur famille, simplement pour qu'il puisse recevoir les services de santé mentale dont il avait tant besoin. Les jeunes sont particulièrement touchés par ce problème.

« Mon fils n'a jamais compris pourquoi j'ai porté des accusations contre lui [...] il m'appelle sa soi-disant mère. »

*Une mère*

L'Ontario compte un certain nombre de programmes novateurs de justice qui répondent aux besoins des personnes qui ont un problème de santé mentale ou de dépendance. Par exemple, les tribunaux provinciaux pour les personnes ayant des troubles mentaux siègent à temps plein ou à temps partiel à la seule fin de traiter les affaires mettant en cause des personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'une déficience intellectuelle<sup>23</sup>. Ces personnes peuvent aussi être déjudiciarisées et renvoyées à une personne, un service ou un hôpital qui peut les traiter. Les autres services comprennent les interventions en cas de crise, les services d'urgence, des lits sûrs, le logement, la gestion de cas, le soutien par les pairs, les liens avec les services sociaux, les soutiens à l'éducation et à l'emploi. Les témoins soutenaient toutefois que les services offerts n'étaient pas suffisants et qu'il fallait les mettre à la disposition de la personne avant que celle-ci soit arrêtée.

De plus, les personnes qui sont appréhendées ne reçoivent pas toujours les soins dont elles ont besoin. Des familles ont raconté des histoires émouvantes à propos

**« Nous avons fait des rues et des prisons les asiles du XXI<sup>e</sup> siècle. »**

**Michael Kirby, ancien président  
Comité sénatorial permanent des affaires  
sociales, des sciences et de la technologie**

d'être chers qui avaient été maltraités ou même tués à l'intérieur du système de justice pénale, alors qu'ils auraient dû être traités pour leur problème de santé mentale ou de dépendance. D'après Michael Kirby, une des causes du problème serait le manque de services communautaires, car le processus de

désinstitutionnalisation n'est pas encore assorti d'un soutien communautaire adéquat. Des témoins ont soutenu qu'il fallait fournir plus de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour venir en aide aux détenus des établissements correctionnels ou pour prévenir d'entrée de jeu la criminalisation des personnes aux prises avec ce genre de problème.

Des témoins étaient d'avis qu'il fallait faire plus d'efforts pour déjudiciariser certaines personnes. Par exemple, des équipes d'intervention de crise composées d'une infirmière ou d'un infirmier et d'un agent de police pourraient aiguiller les individus vulnérables, dont ceux qui ont un problème de dépendance, vers le système de santé. De plus, comme il est mentionné ailleurs, il faut redoubler d'efforts pour informer les gens des programmes déjà offerts et intégrer ces programmes en un tout transparent. Les nouveaux programmes et les programmes existants pourraient nécessiter un financement additionnel. Plusieurs témoins ont fait l'éloge des programmes ontariens d'appui par les tribunaux, qui peuvent diriger les accusés vers des services communautaires appropriés.

<sup>23</sup> Selon le site Web du Tribunal de Toronto pour les personnes ayant des troubles mentaux, plus grand tribunal du genre de la province, ces tribunaux déterminent l'aptitude de l'accusé à subir son procès. Ils entendent aussi les plaidoyers de culpabilité, tiennent des enquêtes sur le cautionnement, instruisent certains procès où l'accusé n'est pas criminellement responsable et tiennent des auditions pour déterminer la décision à prendre au cas où l'accusé serait jugé inapte à subir son procès ou ne serait pas tenu criminellement responsable. Le ministère du Procureur général indique que d'autres tribunaux pour les personnes ayant des troubles mentaux existent actuellement à Kitchener/Waterloo, London, Windsor, Owen Sound, Newmarket, Peel, Walkerton, Sauff Ste. Marie, Sarnia Lambton et Ottawa. Des tribunaux pour jeunes ayant des troubles mentaux siègent à Newmarket, Ottawa et London.

Des témoins ont préconisé un plus grand recours à des tribunaux de traitement de la toxicomanie alignés sur les tribunaux ontariens pour les personnes ayant des troubles mentaux, qui ont connu du succès<sup>24</sup>. Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels a informé le Comité que plus de la moitié des contrevenants canadiens faisaient un lien direct entre leur problème de toxicomanie et leurs infractions. Les programmes de justice doivent explorer les liens entre des enjeux sociaux tels que la pauvreté et l'itinérance, d'une part, et la maladie mentale, la toxicomanie et les comportements criminels, d'autre part. Un témoin était d'avis qu'on accordait trop d'importance à la modification du comportement et pas assez à l'étude des questions sous-jacentes.

Les personnes qui ont commis des infractions plus graves pourraient avoir besoin d'accéder aux programmes de déjudiciarisation offerts à celles qui ont commis des infractions relativement mineures. Il semble y avoir un grand nombre d'infractions admissibles à la déjudiciarisation, mais des témoins ont laissé entendre que de nombreux contrevenants n'étaient pas déjudiciarisés<sup>25</sup>. Il faut aussi améliorer l'évaluation, la planification des congés et le suivi de la libération d'un établissement.

Des organismes communautaires de justice pénale, comme la Société John Howard, ont demandé à être reconnus durant l'élaboration de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

## PROMOTION ET ÉDUCATION EN SANTÉ MENTALE

Les témoins s'entendaient pour dire que la province devait entreprendre différentes activités de promotion et d'éducation en santé mentale, dont une stratégie contre la stigmatisation.

Un des plus importants types d'éducation concernent les symptômes de maladie mentale et de dépendance. Comme il est mentionné tout au long du rapport, les médecins de famille, les professionnels de la santé, les policiers, le personnel

<sup>24</sup> Il y a actuellement deux tribunaux de traitement de la toxicomanie financés par le gouvernement fédéral, l'un à Toronto et l'autre à Ottawa. On trouve aussi à Durham un tribunal de traitement de la toxicomanie qui n'est pas financé par le gouvernement fédéral.

<sup>25</sup> Les infractions criminelles se divisent en trois catégories aux fins de la détermination de l'admissibilité à la déjudiciarisation. Les personnes accusées d'infractions de la catégorie I, qui comprennent les crimes mineurs tels que le vol ou la possession de biens volés de moins de 5 000 \$, les balades en voiture volée et le fait de causer un dérangement, sont présumées admissibles à la déjudiciarisation. Cette option n'est pas offerte aux personnes accusées d'infractions de la catégorie III, qui comprennent les crimes graves tels que les meurtres, les homicides involontaires coupables, les infractions causant des lésions corporelles graves, les enlèvements, les mauvais traitements infligés aux enfants, les infractions commises contre un conjoint ou partenaire et les infractions de nature sexuelle. Les personnes accusées d'infractions de catégorie II (toutes les autres infractions, dont les menaces, la falsification de documents, les entraves à la justice, la conduite dangereuse et certaines agressions) peuvent être admissibles à la déjudiciarisation, à la discrétion du procureur de la Couronne. Voir Ontario, ministère du Procureur général, *Practice Memorandum on Mentally Disordered/Developmentally Disabled Offenders*, réimprimé dans Richard D. Schneider, éd., *Annotated Ontario Mental Health Statutes*, 4<sup>e</sup> édition (Toronto, Irwin Law, 2007), p. 678 (annexe G).

paramédical, les décideurs, les enseignants, les employeurs, les partenaires des femmes qui vont ou qui viennent de donner naissance à un enfant, les centres

« Il n'y a pas encore de remède, mais cela viendra et si nos dirigeants appuient un important programme d'éducation publique, ils auront fait le premier pas dans la lutte contre la maladie mentale. »

*Un consommateur/survivant*

d'accueil pour personnes âgées, les parents, les enfants — bref, tout le monde — devraient connaître ces symptômes pour que l'intervention précoce devienne une réalité. De même, tous les individus, mais particulièrement les enfants et les jeunes, bénéficieraient de communications cohérentes et continues sur les risques associés à

la consommation d'alcool et de drogues. Les personnes qui travaillent directement dans le secteur de la santé devraient aussi recevoir une formation plus structurée sur les méthodes d'évaluation, de diagnostic précoce et de traitement.

D'autres témoins ont recommandé de mettre le système 211 (le répertoire ontarien des services sociaux, gouvernementaux et de santé) en place partout dans la province, ou encore de créer un répertoire complet des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances sur un site Web centralisé. Des guides plus clairs sur la législation ontarienne en santé mentale donneraient aux clients, aux médecins, aux membres des familles et à d'autres intéressés de meilleurs renseignements sur les options de traitement et d'autres aspects du système. Le Comité a entendu peu de témoignages sur la santé mentale en milieu de travail, mais il serait possible de favoriser le diagnostic précoce et de réduire l'impact de la maladie mentale et des dépendances en montrant aux employeurs comment offrir des lieux de travail sains et en leur attribuant cette responsabilité.

« La résilience est la capacité de surmonter rapidement une crise et d'aller de l'avant. C'est aussi la capacité d'établir des liens avec la collectivité et de se sentir appuyé. »

*Parents for Children's Mental Health*

Promouvoir une santé mentale positive à toutes les étapes de la vie devrait être une des principales orientations de la politique en matière de santé mentale et de dépendance; le Comité a toutefois entendu peu de témoignages concernant des programmes ou stratégies spécifiques.

Le ministère de la Promotion de la santé a parlé de certains de ses programmes sportifs et récréatifs qui ont connu du succès. Ces programmes peuvent améliorer les liens familiaux et communautaires, habiliter les participants et améliorer leur estime de soi. Ils donneraient aussi aux enfants la résilience nécessaire pour faire face aux stress de la vie et aux problèmes potentiels de santé mentale et de dépendance. Plusieurs témoins ont mentionné le programme Triple P, un programme d'apprentissage parental positif développé à l'Université de Queensland en Australie, qui vise à prévenir les problèmes comportementaux, affectifs et développementaux chez les enfants en améliorant les connaissances, les compétences et la confiance des parents.

« Le logement, des soutiens adéquats au revenu et l'accès au marché du travail sont essentiels au bien-être des personnes et des composantes de base de notre système — pour chacun d'entre nous. »

*Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Un certain nombre de témoins ont affirmé qu'il fallait accorder une plus grande attention à tous les déterminants sociaux de la santé — par exemple le revenu, l'exclusion sociale, le logement, l'éducation et l'emploi — car il y a de plus en plus de preuves que ces facteurs jouent un rôle

important dans la santé mentale et les dépendances. De nombreux témoins ont parlé au Comité du rôle essentiel qu'« un foyer, un ami et un emploi » jouaient dans la prévention de la maladie mentale et des dépendances et le rétablissement des personnes atteintes.

## Stratégie anti-stigmatisation

Les personnes qui font face à un problème de santé mentale ou de dépendance ont parlé avec franchise des effets douloureux de la stigmatisation. Beaucoup ont dit que le pire aspect de leur état était la stigmatisation dont ils faisaient l'objet sur le marché du logement et de l'emploi, dans les médias et de la part de leurs parents et amis. Certains ont parlé d'« autostigmatisation », de leurs propres sentiments de honte et de leur faible estime de soi consécutifs à leur état. Tragiquement, les travailleurs de la santé réservent trop souvent un mauvais traitement aux personnes qui ont un problème de santé mentale ou de dépendance. Comme il est noté plus haut, ces travailleurs font eux aussi l'objet d'une stigmatisation, car ils œuvrent dans un secteur dévalué du système de santé.

Des témoins ont proposé différentes façons de lutter contre la stigmatisation. Une campagne anti-stigmatisation sous tous azimuts enverrait un message d'optimisme, faisant valoir la possibilité d'un rétablissement et le fait que la santé mentale et la maladie mentale existent sur un continuum. Des images positives des personnes qui vivent avec une maladie mentale ou une dépendance, et des travailleurs et programmes de santé qui les servent, pourraient réduire la stigmatisation et encourager plus de personnes à faire carrière dans le domaine de la santé mentale. Certains témoins ont apprécié l'humour présent dans de récentes annonces sur le cancer, un ingrédient généralement absent des campagnes de promotion de la santé mentale. Le soutien par les pairs pourrait aussi aider les gens à avoir une meilleure opinion d'eux-mêmes.

D'aucuns ont souligné au Comité que les programmes anti-stigmatisation n'étaient pas tous efficaces. Les plus efficaces sont ceux qui dissipent les mythes entourant les personnes atteintes d'une maladie mentale, idéalement à travers un contact personnel. Il a été suggéré que l'Ontario participe à la campagne anti-stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada. Les nouveaux médias populaires chez les jeunes pourraient être des outils particulièrement efficaces. Certains étaient d'avis qu'il fallait sensibiliser la population au problème en désignant un « champion » de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances.

« Nous avons besoin d'un champion de la santé mentale qui jouirait de l'appui de tous les partis politiques et qui aurait le pouvoir d'apporter les changements requis. »

*Un membre de la famille*

Des experts ont souligné que la lutte contre la stigmatisation devait passer par le traitement. Le grand nombre de personnes non traitées donne une image négative de la maladie mentale et des dépendances. Il en va de même pour la disparité entre les fonds consacrés à la santé mentale et la lutte contre les dépendances et ceux affectés au reste du système de santé. La

« L'inaction du gouvernement contribue à la stigmatisation et à la discrimination. »

*Un consommateur/survivant*

pleine intégration de la santé mentale au système de santé pourrait aider à normaliser la maladie mentale et à réduire la stigmatisation.

Enfin, la Commission ontarienne des droits de la personne et plusieurs autres témoins étaient d'avis que la stigmatisation s'apparentait davantage à une question de droit ou de discrimination. Le *Code des droits de la personne* de l'Ontario interdit la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale, et nous oblige à prévenir la discrimination et à s'y opposer le cas échéant.

## RECHERCHE

La recherche est essentielle à une meilleure compréhension de la plupart des maladies mentales et des dépendances, et au fonctionnement du système dans son ensemble. Beaucoup de maladies mentales sont mal connues. Les experts recommandaient d'intensifier la recherche sur les causes de la maladie mentale et des dépendances, et sur l'efficacité des différents traitements. Ils déploraient aussi le partage insuffisant des connaissances relatives aux techniques éprouvées. Certains traitements sont introduits sur la base de preuves anecdotiques, alors qu'il faut des années pour mettre en pratique des traitements qui se sont avérés efficaces dans des études contrôlées.

La collecte de données de base sur les indicateurs de santé mentale permettrait de surveiller l'efficacité des traitements. Le financement de recherches universitaires et cliniques aiderait à combler certaines lacunes, mais il faut aussi mettre au point des outils d'évaluation appropriés.

**« Il faudrait évaluer chaque étape de chaque traitement pour s'assurer que le financement est utilisé de façon appropriée et que les gens obtiennent le financement ou les nouveaux traitements dont ils ont besoin. »**

**Centre de toxicomanie et de santé mentale**

Certains témoins ont loué le MSSLD, qui est sur le point d'introduire un processus d'évaluation uniforme pour les consommateurs qui accèdent pour la première fois au système communautaire de santé mentale (l'Évaluation commune des besoins en

Ontario ou ECBO)<sup>26</sup>. L'Initiative d'évaluation de l'amélioration des services (IEAS), dans le cadre de laquelle on a évalué les résultats des fortes sommes investies par le MSSLD dans les services communautaires de santé mentale, a elle aussi été bien accueillie par la communauté de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Des experts favorisent le développement d'évaluations de programme ou de système et d'outils semblables dans l'avenir. Il faudra notamment surveiller les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

<sup>26</sup> L'ECBO fait actuellement l'objet d'un projet pilote dans le RLISS du Nord-Est et dans certaines composantes du RLISS du Centre-Ouest. Elle sera ensuite mise en œuvre dans les RLISS du Centre-Toronto et du Sud-Est. Courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 24 février 2010.

## MALADIES PARTICULIÈRES

Le Comité a entendu plusieurs témoignages concernant des maladies ou affections particulières.

### Anxiété, dépression et autres troubles de l'humeur

Le Comité a entendu relativement peu de témoignages sur l'anxiété et les troubles de l'humeur, y compris la dépression, ce qui est sans doute étonnant vu leur incidence et leurs répercussions sociales et économiques. En particulier, le CTSM a informé le Comité du grand nombre d'Ontariens qui souffrent de dépression, mais qui ne cherchent pas à se faire traiter ou qui reçoivent des soins inadéquats pour cette maladie « tout à fait traitable ». Plusieurs témoins ont parlé de la difficulté de surmonter certaines affections et de la nécessité d'une plus grande sensibilisation. Le Comité remercie ces personnes pour avoir parlé de la question en public.

« Le taux de suicide des personnes âgées qui souffrent de dépression est cinq fois plus élevé que celui de n'importe quel autre groupe d'âge. »

*La Corporation Canadienne des Retraités Intéressés*

### Troubles du spectre autistique

Le Comité a été touché par les histoires des familles et des fournisseurs de soins qui s'efforcent de répondre aux besoins des enfants et des adultes qui souffrent de troubles du spectre autistique (TSA). Les services destinés aux personnes atteintes de TSA sont généralement fournis par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), mais il y a un chevauchement considérable avec les services de santé mentale. Les TSA sont de plus en plus fréquents, ce qui prolonge les délais d'attente pour le traitement et alourdit le fardeau des familles.

Les témoins avaient de multiples demandes : financement public des traitements, recherche sur l'éventail de causes possibles, soins axés sur chaque client, apprentissage social et formation professionnelle, augmentation du financement de l'intervention comportementale intensive, accès à un plus large éventail de professionnels de la santé physique et mentale et de soins (p. ex. en clinique externe, en établissement, de jour et de répit). On a souligné que Woodview Manor, un centre de santé mentale sans but lucratif, était l'un des seuls établissements offrant une vaste gamme de services et de soutiens sous un seul toit.

Certains témoins croyaient que le MSSLD devrait reprendre son rôle de chef de file dans le dossier des TSA, car le MSEJ n'avait ni le financement ni l'expertise médicale nécessaires. On a également critiqué les critères de base utilisés en Ontario, et exprimé des craintes que les adultes atteints de TSA ne tombent entre les mailles du filet.

## Diagnostic mixte (déficiences intellectuelles et maladie mentale)

« Vous comprendrez sans doute comment les rejets, les taquineries, la solitude et l'isolement auxquels doit faire face une personne ayant une déficience intellectuelle peuvent provoquer la dépression et l'anxiété, des accès d'émotions, la colère et l'agressivité. »

*National Association for the Dually Diagnosed*

Des témoins ont informé le Comité qu'un grand nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle — dont le nombre est estimé à 100 000, soit environ 38 % de la population ontarienne — connaissent aussi des problèmes de santé mentale. Malheureusement, ces problèmes peuvent résulter de l'intimidation et de l'exploitation sexuelle dont les personnes ayant une déficience intellectuelle sont souvent victimes.

Des familles ont parlé de leurs préoccupations concernant l'avenir de leurs enfants ayant reçu un diagnostic mixte. Il existe un grave manque de professionnels et de services capables de traiter ces clients qui, dans bien des cas, ne peuvent pas accéder aux services existants à cause de leur diagnostic mixte. Ces familles ont demandé que leurs enfants soient pleinement intégrés à la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Des témoins ont réitéré des demandes déjà formulées par d'autres personnes : évaluations appropriées, gestion de cas, plus d'options en milieu communautaire, logement avec services de soutien, services mobiles d'intervention, meilleure intégration aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (peut-être par l'entremise de « réseaux de soins spécialisés »), meilleure coordination entre les ministères, et stratégies visant à réduire la stigmatisation. Ces personnes ont toutefois des besoins uniques nécessitant l'accès à des professionnels ayant reçu une formation appropriée et à de nouveaux services accrédités qui peuvent composer avec les complexités d'un diagnostic mixte.

Plusieurs témoins ont demandé une assurance que la « Directive stratégique conjointe pour la prestation de services communautaires de santé mentale et de soutien aux adultes ayant une déficience intellectuelle et des troubles jumelés » diffusée en 2008 par le MSSLD et le MSSC serait mise en œuvre.

### Troubles de l'alimentation

Des témoins ont demandé au Comité d'aider à faire en sorte que les troubles de l'alimentation soient reconnus comme étant une maladie mentale grave qui peut entraîner des taux élevés de mortalité et d'invalidité. Ces troubles exigent un traitement complexe offert de préférence en milieu centralisé ou multidisciplinaire. Or, il y a très peu de lits ou services réservés à ces patients en Ontario. Il n'y a pas non plus de programmes résidentiels ni de services pour les personnes qui souffrent d'une dépendance concurrente. Les jeunes qui font la transition aux services destinés aux adultes sont mal servis eux aussi.

Afin d'améliorer la situation, il a été proposé de normaliser le processus d'évaluation et de favoriser la diffusion des traitements fondés sur des preuves. Certains ont suggéré que des programmes d'éducation publique faisant la

promotion du bien-être général et d'une alimentation saine seraient plus efficaces que des messages axés sur la maladie. Des stratégies anti-intimidation pourraient cibler le harcèlement lié au type corporel (p. ex. les insultes adressées à une personne parce qu'elle est grosse ou qu'elle est maigre). Enfin, les médecins (particulièrement ceux des SU) doivent recevoir une formation plus poussée sur les troubles de l'alimentation.

### **Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale**

Le Comité a entendu des témoins de toute la province parler des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), qui affectent au moins 1 % des nouveau-nés au Canada. Les enfants atteints de TSAF connaissent généralement des problèmes de santé mentale et de dépendance et ont besoin de soins complexes tout au long de leur vie. Sans traitement, ils sont condamnés à souffrir et courent un risque accru de criminalité et de suicide. Comme il est expliqué plus haut, les TSAF ont des effets particulièrement dévastateurs sur les Premières nations.

Des témoins ont fait remarquer qu'un diagnostic précoce était essentiel, comme pour la plupart des affections. Cependant, comme les diagnostics de TSAF sont complexes et nécessitent généralement une équipe multidisciplinaire, cette affection est fréquemment confondue avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou avec l'autisme et traitée de façon inappropriée, ignorée ou simplement réduite à un mauvais comportement.

Là encore, les témoins ont proposé de nombreuses pistes de solution : services de diagnostic appropriés, gestion de cas, programmes spéciaux d'éducation et de perfectionnement, services de counselling sur les dépendances, aide à la vie autonome, acquisition de nouvelles compétences, environnements structurés et soins de relève pour les familles.

Il a également été recommandé qu'un seul ministère assume la responsabilité dans ce dossier et fournisse des ressources ciblées. À l'heure actuelle, les TSAF ont en quelque sorte le statut d'« orphelin », car aucun ministère n'en est responsable et l'Assurance-santé ne lui a attribué aucun code de facturation. Enfin, les soins aux personnes atteintes de TSAF devraient être intégrés à une stratégie pour les personnes souffrant de troubles concomitants, et il faudrait lancer une campagne de prévention sensible aux besoins de certaines collectivités.

### **Troubles de l'humeur périnataux**

Les troubles de l'humeur périnataux tels que la dépression post-partum sont souvent oubliés jusqu'à ce qu'un cas particulièrement grave retienne l'attention du public. Sans traitement, ces troubles font augmenter le risque de dépression grave et de morbidité chez la mère et peuvent avoir des répercussions permanentes sur le développement de l'enfant. Dans les cas extrêmes, ils peuvent mener au suicide et à l'infanticide.

**« La maladie mentale est la complication la plus courante de la grossesse et de la période postpartum, point final. »**

*Un médecin*

Les témoins ont demandé que soient élaborés une politique, une base de données, des normes d'évaluation et de traitement ainsi qu'un programme de dépistage adapté aux différences culturelles. Il faut aussi diffuser des messages de prévention et d'éducation ciblant les femmes enceintes, leurs partenaires, les obstétriciens, les pédiatres et d'autres professionnels des soins de santé. Les témoins ont souligné que cela nécessiterait un effort concerté faisant intervenir des experts de l'extérieur du secteur des soins primaires.

Des équipes de traitement incluant un conseiller et un psychiatre ont obtenu de bons résultats. Cependant, certaines mères pourraient avoir besoin d'un éventail élargi de services dans des foyers spéciaux, et les mères isolées pourraient avoir besoin d'un soutien de suivi. Des témoins ont aussi suggéré de verser des fonds aux centres « Bon départ » pour qu'ils puissent organiser des réunions d'entraide à l'intention des mères.

### Schizophrénie et autres formes de psychose

« La statistique souvent citée selon laquelle une personne sur cinq souffre d'une maladie mentale masque le fait qu'un petit pourcentage, soit environ 2 % à 4 % de la population, souffre d'un trouble psychotique qui l'empêche de mener une vie normale. »

*Un psychiatre*

Bon nombre des recommandations figurant ailleurs dans ce rapport s'appliquent d'une façon ou d'une autre à la schizophrénie et à d'autres formes de psychose. Cependant, les témoins ont aussi formulé plusieurs recommandations plus précises. Un

expert a soutenu que ces affections étaient si graves qu'elles méritaient une attention spéciale dans la stratégie provinciale. Leur incidence et leurs graves conséquences justifieraient une forte augmentation des efforts de recherche et du financement.

D'autres témoins ont fait remarquer que l'intervention précoce était particulièrement importante pour les formes de psychose, car la possibilité de rétablissement diminuerait avec chaque épisode.

Des témoins ont aussi insisté sur le fait que l'Ontario devait faciliter et améliorer l'accès aux nouveaux médicaments antipsychotiques tels que la palipéridone et la ziprasidone. Ces antipsychotiques de troisième génération ont moins d'effets secondaires que les drogues plus anciennes, ce qui pourrait inciter plus de patients à prendre leurs médicaments sans que cela coûte beaucoup plus cher au système. Certains ont proposé que les psychiatres et les personnes qui ont vécu avec une maladie mentale ou une dépendance devraient avoir davantage leur mot à dire dans le processus d'approbation des médicaments. De nombreux témoins semblaient particulièrement optimistes en ce qui concerne l'utilisation de différentes formes de soutien par les pairs pour ce groupe.

### Suicide

Des familles et des fournisseurs de soins ont souligné le lien tragique qui existe entre la maladie mentale et les dépendances, d'une part, et le suicide, d'autre part, lorsqu'ils ont relaté les circonstances entourant la mort d'un être cher. Le Comité a été très touché par ces histoires.

Des experts ont confirmé que les personnes qui se suicident souffrent souvent de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale et de dépendance. Le suicide est la dixième cause de décès — et la deuxième pour les jeunes — en Ontario. En tout, 1 100 Ontariennes et Ontariens se suicident chaque année. On a conseillé à l'Ontario de suivre l'exemple d'autres provinces et d'élaborer une stratégie de prévention du suicide parallèlement à la stratégie en matière de santé mentale et de dépendance.

Des témoins ont rappelé qu'il était possible de prévenir le suicide et qu'il ne fallait pas se contenter d'accepter la situation. C'est un message que les programmes communautaires de prévention et d'intervention précoce doivent communiquer. En ce qui concerne les stratégies à court terme, on pourrait notamment limiter l'accès aux armes meurtrières telles que les armes à feu, établir un registre des médicaments indiquant les quantités reçues par chaque patient, et veiller à ce que les médias projettent une image plus réaliste des comportements suicidaires, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Enfin, il faut financer la recherche sur le suicide et améliorer la surveillance, car on estime généralement que le suicide cause plus de décès que ne l'indiqueraient les statistiques.

## QUESTIONS DE TRAITEMENT

### Modèles de soins

Plusieurs témoins ont proposé un changement radical dans le traitement de la maladie mentale et des dépendances en Ontario. Le système en place traite la maladie mentale comme une maladie aiguë nécessitant une hospitalisation intensive et un soutien minimal par la suite. Il en résulte des rechutes fréquentes et une détérioration inutile chez de nombreuses personnes.

Selon certains témoins, les maladies mentales et les dépendances devraient plutôt être traitées comme des états chroniques traitables à l'instar du diabète ou des maladies du cœur. D'autres témoins recommandaient le modèle de rétablissement, qui met l'accent sur le fait que les personnes qui ont une maladie mentale ou une dépendance peuvent se rétablir et arrivent à le faire. Le modèle des maladies chroniques et le modèle de rétablissement ne sont pas identiques, mais ils sont tous les deux basés sur la croyance que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale ou d'une dépendance peuvent avoir une vie bien remplie même si elles ne sont pas complètement guéries.

« Quand nous parlons de rétablissement, nous parlons de donner à chaque personne atteinte d'une maladie mentale le plus de chances possible d'avoir une vie bien remplie et productive. Nous, du secteur de la santé mentale, parlons souvent des trois éléments essentiels au rétablissement : un foyer, un ami et un emploi. »

*Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario*

Des témoins ont indiqué que l'utilisation de ces modèles alternatifs de traitement nous obligerait à fournir des soins préventifs, une éducation, un soutien communautaire facilement accessible, une initiation à la vie quotidienne et un emploi aux patients. Les clients ne devraient jamais être abandonnés à leur sortie

de l'hôpital, avec peu de services de soutien et sans qu'on les mette en contact avec des services communautaires, comme c'est souvent le cas de nos jours. Il faut aussi leur donner de l'espoir et les outils dont ils auront besoin pour se tirer d'affaire. Les plans de sortie devraient être remplacés par des plans communs de

**« Mon histoire, bien qu'unique, témoigne d'autres héros méconnus qui, face à d'énormes obstacles, à l'adversité et aux conflits, ont réussi à se rétablir. »**

***Un consommateur/survivant***

rétablissement ou de mieux-être qui prévoient des soins bien définis et des possibilités de vérification. Ces plans devraient être accessibles sur Internet afin d'encourager la prise en charge des clients et la participation de leurs familles.

Certains témoins ont dit craindre que le modèle de rétablissement ou de maladie chronique ne mène à une autre réduction des services de soins actifs. La transition des soins-en établissement aux soins communautaires a entraîné une pénurie de lits pour les patients hospitalisés. On craint que le modèle de rétablissement, qui met l'accent sur l'habilitation et la gestion des symptômes hors hôpital, ne donne lieu à d'autres réductions des services, particulièrement pour les personnes gravement malades.

### **Admission en cure obligatoire et traitement**

Le Comité est particulièrement préoccupé par les nombreux témoins qui ont eu du mal à obtenir des soins pour des membres de leurs familles qui sont clairement malades mais qui refusent d'être traités ou qui sortent de l'hôpital trop vite.

**« Nous avons sillonné les rues, à pied et en voiture, à la recherche de notre frère, qui a finalement été amené à l'hôpital par la police. Nous avons été horrifiés d'apprendre que l'hôpital ne l'avait pas détenu pour la période d'observation de 72 heures. Nous étions découragés. Pourquoi la famille demanderait-elle de l'aide par l'entremise du juge de paix et pourquoi ce dernier signerait-il une Formule 2 s'il n'y a pas de motif valable? Là encore, cette démarche n'est qu'une autre occasion pour le patient de tomber entre les mailles du filet. »**

***Un frère et une soeur***

L'histoire typique est celle d'un fils, d'une fille, d'un oncle ou d'un ami admis à l'hôpital après qu'une formule 1 ou 2 a été signée — souvent après une crise ou une longue période de maladie. (Ces formules et d'autres étapes du processus d'admission et de traitement sont expliquées à l'annexe D.) La police doit aussi intervenir et amener les personnes à l'hôpital, ce qui est particulièrement éprouvant pour les familles. Une fois dans la salle des urgences, toutes les parties peuvent avoir à attendre

pendant des heures, ce qui aggrave le stress et gaspille souvent de précieuses ressources policières. Les parties attendent quand même dans l'espoir que la personne finira par recevoir le traitement dont elle a clairement besoin.

Le Comité s'est fait dire que beaucoup trop de personnes sortaient de l'hôpital sans recevoir de traitement adéquat et, dans certains cas, sans que les familles en soient avisés. Lorsque l'état de la personne s'aggrave par la suite, le processus se répète et le cercle vicieux peut durer pendant des années.

Le fait de ne pas traiter des personnes très malades risque d'entraîner inutilement des invalidités prolongées, un stress dévastateur pour les familles et même des suicides, des homicides ou d'autres actes de violence. Les familles sont également traumatisées lorsqu'elles doivent faire hospitaliser un de leurs membres. Certaines

personnes qui refusent de se faire traiter sont néanmoins détenues à l'hôpital pendant de très longues périodes. Le Comité a été ému par les nombreuses histoires tragiques et encouragé par les cas où un membre de la famille a finalement été traité après une série d'arrestations, d'admissions et de congés.

La *Loi sur la santé mentale (LSM)* de l'Ontario énonce les critères d'admission volontaire et d'admission en cure obligatoire dans des établissements psychiatriques. La *Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)* régit le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement. Plusieurs experts ont recommandé que l'Ontario examine la législation d'autres administrations afin d'accroître les chances de succès dès le début du traitement. D'autres témoins ont fait l'éloge des équipes TCD de la province, qui ont beaucoup réduit la période d'hospitalisation, et ont recommandé de faire davantage appel à elles afin d'éviter carrément l'hospitalisation, comme en Australie et en Nouvelle-Zélande, ou d'en étendre l'accès à d'autres personnes (p. ex. celles qui ont reçu un diagnostic mixte).

« Avec un critère élargi de dommage, ou un critère de détérioration qui ne nécessite pas une admission antérieure, vous pouvez dire : "Écoutez, si vous n'êtes pas traité, vous allez empirer et je suis à peu près certain que vous serez de retour dans deux ou trois semaines. Je peux donc vous détenir." »

*Un expert en politique de santé mentale*

Par ailleurs, les défenseurs des droits ont rappelé au Comité que les patients des établissements psychiatriques avaient vu leurs droits gravement lésés dans le passé. Ces témoins ont soutenu avec passion que l'admission en cure obligatoire et le traitement en milieu hospitalier, ce qui englobe les ordonnances de traitement en milieu communautaire<sup>27</sup>, perpétuaient cette période sombre, et que l'autonomie d'une personne devrait toujours être respectée, sauf dans de très rares cas.

« La capacité de prendre des décisions sur les choses qui nous tiennent le plus à cœur est un de nos droits fondamentaux en tant qu'être humains et membres d'une société démocratique. »

*Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques*

## Protection de la vie privée

La protection des renseignements sur la santé est une autre question extrêmement délicate qui a été soulevée par de nombreux témoins. En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario, les dépositaires de renseignements sur la santé peuvent recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé d'un particulier seulement avec le

<sup>27</sup> Le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques donne la définition suivante des ordonnances de traitement en milieu communautaire : Une ordonnance de traitement en milieu communautaire (« OTMC ») est un document signé par un médecin qui permet à une personne d'obtenir un traitement ou des soins et une supervision en milieu communautaire. Une personne ne peut faire l'objet d'une OTMC si des règles ou conditions très rigoureuses sont respectées. Elle doit notamment être atteinte d'une maladie mentale grave et avoir été hospitalisée dans un établissement psychiatrique au moins deux fois, ou pour un total de 30 jours ou plus, au cours des trois dernières années. Voir Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques, « Ordonnances de traitement en milieu communautaire ». Site <http://www.ppao.gov.on.ca/inf-com.html>, visité le 23 février 2010.

consentement explicite ou implicite de cette personne, sous réserve d'exceptions limitées. Le consentement et le respect de l'autonomie individuelle sont considérés comme des éléments essentiels de notre système de santé axé sur le patient.

Cependant, certains membres de la famille doivent parfois subir les conséquences d'un système fondé sur le consentement. Une mère nous a écrit qu'elle n'était pas sûre si elle devait prendre au sérieux les menaces occasionnelles de son fils, parce qu'il ne permet pas à son psychiatre de divulguer des renseignements sur son état. D'autres personnes ne savaient pas qu'un des leurs avait été hospitalisé ou elles ont appris qu'il avait été libéré seulement au moment où il a frappé à leur porte. D'autres encore ont communiqué certains renseignements à un psychiatre, qui les a immédiatement transmis à son client, aggravant sa paranoïa et sa méfiance.

« Étant donné l'interprétation des lois sur la protection de la vie privée, les renseignements que nous communiquons à l'équipe de traitement étaient directement transmis à notre frère [...] Il nous était donc impossible de faire connaître nos préoccupations au sujet de son état mental sans aggraver sa paranoïa et l'amener à se méfier de nous. »

*Un frère ou une sœur*

En général, les familles ont parlé de leur frustration parce qu'elles sont responsables de leurs membres sur le plan affectif et financier, mais sans être considérées comme des partenaires par le système de santé. De nombreuses familles ont demandé à jouer un rôle dans l'élaboration d'un plan de traitement.

Certains témoins experts ont recommandé que l'Ontario modifie sa législation concernant les renseignements personnels sur la santé de manière à en permettre la divulgation aux personnes qui font partie du « cercle de soins » d'un client. Les défenseurs des droits des patients ont toutefois déconseillé de traiter les personnes souffrant d'une maladie mentale différemment de n'importe qui d'autre, car cela ne ferait qu'exacerber la stigmatisation et miner leur estime de soi.

## FINANCEMENT

On pourrait régler certains des problèmes affectant le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances en améliorant l'intégration du système et en fournissant des services de gestion de cas et de navigation. Par contre, d'autres problèmes d'accès semblent découler d'un manque de services.

« Nous, au Canada et en Ontario, faisons face à un écart énorme entre la taille du problème et la réaction du système de santé. »

*Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale, les problèmes de santé mentale et de dépendance comptent pour 13 % des décès, des invalidités et des maladies, mais reçoivent seulement 5 % des fonds affectés aux soins de santé en Ontario et au Canada.

Ce financement est faible comparativement à d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et l'Ontario vient au neuvième rang des provinces canadiennes pour ses dépenses par personne. Cependant, la province finance aussi les services de santé mentale par l'entremise d'autres ministères, dont les Services à l'enfance et à la jeunesse et les Services sociaux et communautaires.

Des experts ont recommandé de porter graduellement à 10 % le pourcentage du budget des soins de santé affecté à la santé mentale et à la lutte contre les dépendances. On pourrait établir des listes d'attente pour certains services, afin d'orienter l'amélioration du système. D'autres témoins soutiennent que certains services devraient être régis par la loi. Certains ont suggéré une campagne active de recrutement auprès des jeunes afin de pallier la pénurie de professionnels des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

« Il est évident qu'il faut augmenter le financement des services spécialisés tels que les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris le financement de base garanti pour les services de santé mentale destinés aux enfants. »

**SEFPO**

## **MOT DE LA FIN**

Maintenant que nous avons rapporté les observations présentées dans le cadre des audiences tenues à travers la province, nous passons à la prochaine étape de notre travail : formuler des recommandations dans un rapport final. Le Comité est très encouragé par la discussion constructive que notre processus d'audience a générée. Nous applaudissons au courage démontré par un si grand nombre de personnes qui sont venues témoigner sur place ou qui ont présenté des mémoires. Nous tenons aussi à remercier les professionnels qui travaillent dans le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour leur dévouement.



## **ANNEXE A**

**Motion d'initiative parlementaire  
Comité spécial chargé d'élaborer une stratégie pour la santé mentale et la  
lutte contre les dépendances  
Adoptée le 4 décembre 2008**



M<sup>me</sup> Elliott propose :

Que, de l'avis de la Chambre, un comité spécial devrait être immédiatement constitué afin d'élaborer une stratégie ontarienne détaillée pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

Que, dans l'élaboration de sa stratégie et de ses recommandations, le Comité mette l'accent sur les questions suivantes :

La nécessité urgente d'une stratégie détaillée pour la santé mentale en Ontario afin de travailler en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada et de coordonner la prestation des programmes et services de santé mentale en Ontario;

Le manque de coordination entre les nombreux ministères provinciaux chargés de fournir des programmes et services de santé mentale en Ontario;

Les problèmes de santé mentale des enfants;

L'augmentation du taux de suicide chez les jeunes;

Les problèmes de santé mentale et/ou de dépendance des sans-abri;

Les besoins en santé mentale des résidents des établissements de soins de longue durée;

Le manque d'accès des Autochtones aux services de santé mentale de base dans plusieurs régions de l'Ontario;

Les enjeux auxquels font face les tribunaux et les services policiers de tout l'Ontario qui doivent composer avec le nombre croissant de présumés contrevenants qui souffrent d'un grave problème de santé mentale et/ou de dépendance;

Que le Comité soit autorisé à tenir des audiences et à entreprendre des recherches, et qu'il exerce généralement les pouvoirs et fonctions nécessaires pour formuler des recommandations concernant une stratégie ontarienne détaillée pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

Que le Comité présente un rapport provisoire à la Chambre au plus tard à la fin de 2009, ainsi qu'un rapport final au plus tard le 30 juin 2010<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ontario, Assemblée législative, *Procès-verbaux*, 1<sup>re</sup> session., 39<sup>e</sup> législature (4 décembre 2008), 6. Site [http://www.ontla.on.ca/house-proceedings/votes-and-proceedings/files\\_pdf/December\\_04\\_2008.pdf](http://www.ontla.on.ca/house-proceedings/votes-and-proceedings/files_pdf/December_04_2008.pdf), consulté le 4 mars 2010.



## **ANNEXE B**

**Calendrier des audiences publiques  
Liste des témoins et des mémoires**



## CALENDRIER DES AUDIENCES PUBLIQUES

Des audiences publiques ont eu lieu à Toronto et dans plusieurs autres villes aux dates indiquées ci-après.

<b>Toronto</b>	8 et 22 avril; 6, 13 et 26 mai; 3 juin; 8, 16, 23 et 30 septembre; 7, 21 et 28 octobre; 4, 18 et 25 novembre; 2 et 9 décembre
<b>Windsor</b>	15 juin
<b>St. Thomas</b>	16 juin
<b>Hamilton</b>	17 juin
<b>Kingston</b>	18 juin
<b>Ottawa</b>	9 septembre
<b>Sudbury</b>	10 septembre
<b>Thunder Bay</b>	11 septembre

Le compte rendu de chaque réunion est accessible à [http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committee\\_transcripts\\_current.do?ParlCommID=8915&locale=fr](http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committee_transcripts_current.do?ParlCommID=8915&locale=fr).

## LISTE DES TÉMOINS ET DES MÉMOIRES

Organisme/Personne	Date de comparution
416 Community Support for Women	8 septembre 2009
Alliance of Psychotherapy Training Institutions	8 septembre 2009
Andruski, Peter	23 septembre 2009
Associated Youth Services of Peel	2 décembre 2009
Association canadienne de counseling	18 juin 2009
Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales, Ontario	17 juin 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario	27 mai 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section d'Elgin	16 juin 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section d'Ottawa	9 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Champlain-Est	9 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Sudbury-Manitoulin	10 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Thunder Bay	11 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Toronto	7 octobre 2009 et mémoires
L'Association canadienne pour la santé mentale, section du comté de Windsor-Essex, Conseil des consommateurs	15 juin 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
L'Association canadienne pour la santé mentale, section régionale de Nipissing	10 septembre 2009
Association des Associés(es) en Psychologie de l'Ontario	30 septembre 2009
Association des consultants et conseillers en santé mentale, psychométriciens et psychothérapeutes de l'Ontario	18 juin 2009
Association des hôpitaux de l'Ontario	7 octobre 2009
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	7 octobre 2009
Association des Psychiatres de l'Ontario	11 septembre 2009
L'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario	Mémoire
Association pour la Boulimie et l'Anorexie	15 juin 2009
Atwood, Brenda, Karen Miller et Linda Kachar	11 septembre 2009
Baker, Eleanor	21 octobre 2009
Baker, Kathy et Ann Tassonyi	18 novembre 2009
Bélanger, Maryse	25 novembre 2009
Bell, Lorie	10 septembre 2009
Bethany Residence	2 décembre 2009
Bowering, Donna	16 juin 2009
Brain Injury Services of Northern Ontario	11 septembre 2009
Brown, Chris	Mémoire
Brown, D' Alan	4 novembre 2009
Brown, Glenn	8 septembre 2009
Buchanan, Lembi	Mémoire
Buchholz, Andreas	11 septembre 2009
Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques	8 septembre 2009 et suivi par écrit
Burge, D' Philip	18 juin 2009
Burlington Counselling & Family Services	17 juin 2009
Caritas Project Therapeutic Community	21 octobre 2009
Carla	17 juin 2009
Caseola, Paul et Adrienne Sequeira	8 septembre 2009
Centre communautaire de counselling du Nipissing	10 septembre 2009
Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados	9 septembre 2009
Centre de toxicomanie et de santé mentale	3 juin 2009
Centre de toxicomanie et de santé mentale, Centre des sciences préventives	16 juin 2009
Champlain Addiction Coordinating Body	9 septembre 2009
Champlain Mental Health Network	9 septembre 2009

Organisme/Personne	Date de comparaison
Chatham-Kent Consumer and Family Network	15 juin 2009
Child Development Institute	28 octobre 2009
Children's Centre Thunder Bay	11 septembre 2009
Chittaro, Eddi	15 juin 2009
Clark-Wittenberg, Sue	9 septembre 2009
Coalition Against Psychiatric Assault	23 septembre 2009
Comité consultatif pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances	11 septembre 2009
Commission ontarienne des droits de la personne	7 octobre 2009
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities	25 novembre 2009
Conseil de planification sociale de Sudbury	10 septembre 2009
Conseillers des collèges de l'Ontario	9 septembre 2009
La Corporation Canadienne des Retraités Intéressés	8 septembre 2009
Cortese, D <sup>r</sup> Leonardo	15 juin 2009
Csiernik, D <sup>r</sup> Richard	16 juin 2009
Dandy, Cathy	8 septembre 2009
Dealberto, D <sup>re</sup> Marie-José	9 septembre 2009
District of Thunder Bay Social Services Administration Board	11 septembre 2009
Downtown Guelph FASD Support Group	8 septembre 2009
Drug Awareness Committee of Thunder Bay	11 septembre 2009
Drummond, Heather	23 septembre 2009
Dubois, Catherine et Germaine	9 septembre 2009
Dufresne, D <sup>re</sup> Annette	15 juin 2009
Dukes, Mark	7 octobre 2009
Duncan, Heather A.	Mémoire
Durham Mental Health Services	3 juin 2009
Echo : pour l'amélioration de la santé des Ontariennes	Mémoire
Elgin Respite Network	16 juin 2009
Elgin St. Thomas RAISE Coalition (Reducing Addictions – Increasing Safe Environments)	16 juin 2009
Elson, Steve	16 juin 2009
Eshesh, Gamal	Mémoire
Eva's Initiatives	21 octobre 2009
Fair Share Task Force	8 septembre 2009
Family Advocates for Mental Health and Addictions	Mémoire

Organisme/Personne	Date de comparution
Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario	25 novembre 2009
Ferguson, Kerry	16 juin 2009
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Coalition of Ottawa	9 septembre 2009
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Stakeholders for Ontario	21 octobre 2009
Fine, Randi	18 novembre 2009
Fink, Judith	17 juin 2009
Finn, Paul et Denise	18 juin 2009
Forsdyke, Patricia	18 juin 2009
Frederick, Mary Ellen	17 juin 2009
Frontline Partners W/Youth Network	21 octobre 2009
Gerstein Centre	22 avril 2009
Gestalt Institute of Toronto	18 novembre 2009
Gillies, Catherine	11 septembre 2009
Goering, D <sup>re</sup> Paula	27 mai 2009
Gorski Centre for Applied Sciences	8 septembre 2009
Gray, D <sup>r</sup> John	9 décembre 2009 et mémoire
Griffin Centre	8 septembre 2009
Gunn, Margaret	Mémoire
Hacio, Lois	Mémoire
Hadida, Donna	Mémoire
Haldimand-Norfolk Resource Centre	17 juin 2009
Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative	17 juin 2009
Hartman, Joy A.	Mémoire
Heath, David	8 septembre 2009
Home Suite Hope Shared Living Corp.	Mémoire
Hope Place Centres	8 septembre 2009
House of Sophrosyne	15 juin 2009
Hudson, Barry	23 septembre 2009
Huron Perth Healthcare Alliance	16 juin 2009
Hussman, Jack	Mémoire
Jabalee, Christina, Jennifer Takacs et Carol Farkas	28 octobre 2009
John Howard Society of Hamilton, Burlington and Area	Mémoire
John Howard Society of Ontario	Mémoire
John Howard Society of Sault Ste. Marie	Mémoire
John Howard Society of Sudbury	Mémoire

Organisme/Personne	Date de comparution
John Howard Society of Thunder Bay and District	11 septembre 2009
John Howard Society of Toronto	Mémoire
John Howard Society of Waterloo-Wellington	Mémoire
Johnson-Purden, Sheri	10 septembre 2009
Jordan Stone et Bowen McConnie (Secret Handshake)	30 septembre 2009
Kairow, Iris	30 septembre 2009
Kinark Child and Family Services	8 septembre 2009
Kinna-aweya Legal Clinic	11 septembre 2009
Kirby, Michael	27 mai 2009
Koka, D <sup>r</sup> H. Rayudu	10 septembre 2009
Layton, John	Mémoire
Lester, D <sup>r</sup> Bob	2 décembre 2009
Lindsey, Heather	15 juin 2009
Loft Community Services	8 septembre 2009
London Health Sciences Centre/St. Joseph's Health Care	16 juin 2009
Long, Victoria	23 septembre 2009
Lurie, Steve (voir L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Toronto)	Mémoire
MacLean, Sandra	11 septembre 2009
Magpie Publishing	Mémoire
Mainstay Housing	Mémoire
Margaret Frazer House	8 septembre 2009
Martin, Neasa	8 septembre 2009
McCaffrey, C.J.	9 septembre 2009
McGrattan, Lorraine et Paul Hamel	17 juin 2009 et mémoire
McLelland, Maureen	10 septembre. 2009
McNeely, Joyce	9 septembre 2009
Mederak, Jane	30 septembre. 2009
Mental Health Legal Committee	23 septembre 2009
Mental Health Rights Coalition	17 juin 2009
Mercedes-Angelssen, Vincent De	23 septembre 2009
Meschino, D <sup>re</sup> Diane de Camps	16 septembre 2009
Ministère de l'Éducation	3 juin 2009
Ministère de la Promotion de la santé	22 avril 2009
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	22 avril et 9 décembre 2009
Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels	6 mai 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Ministère des Affaires autochtones	6 mai 2009
Ministère des Affaires civiles et de l'Immigration	6 mai 2009
Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse	3 juin 2009
Ministère des Services sociaux et communautaires	6 mai 2009
Ministère du Procureur général	22 avril 2009
Minwaashin Lodge – Aboriginal Women's Support Centre	9 septembre 2009
M <sup>me</sup> H.M.	30 septembre 2009
M <sup>me</sup> X	8 septembre 2009
Modi, Rakesh	25 novembre 2009
National Association for the Dually Diagnosed	28 octobre 2009
Nickel-a-Drink for Addictions and Mental Health Research Foundation	28 octobre 2009
Noojmowin Teg Health Centre	10 septembre 2009
Northumberland Poverty Reduction Action Committee	18 novembre 2009
O'Hara, Frank (Family Council/Secret Handshake)	23 septembre 2009
O'Reilly, D' Richard	Mémoire
Offord Centre for Child Studies	17 juin 2009
Ontario Art Therapy Association	16 juin 2009
Ontario Association for Suicide Prevention	18 novembre 2009
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors	25 novembre 2009
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Region 7	9 septembre 2009
Ontario Coalition of Mental Health Professionals	30 septembre 2009
Ontario College Health Association	Mémoire
Ontario College of Family Physicians	16 septembre 2009 et mémoire
Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders	25 novembre 2009
Ontario Consumer and Family Advisory Council (L'Association canadienne pour la santé mentale, Toronto)	18 novembre 2009
Ontario Federation of Indian Friendship Centres	Mémoire
Ontario Long Term Care Association	4 novembre 2009
Ontario Peer Development Initiative	Mémoire
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences	18 juin 2009
Ontario Society of Psychotherapists	30 septembre 2009
Ontario Telemedicine Network	18 juin 2009
Open Access to Antipsychotic Medications	Mémoire
Our Kids Network (Halton Region)	28 octobre 2009
Parents for Children's Mental Health	8 avril 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Paterson, Penny et John Paterson	18 juin 2009
Peel's Children Centre	7 octobre 2009
Pétition concernant l'établissement d'un service d'urgence psychiatrique au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Mémoire
Pilon, Colette	10 septembre 2009
Pitfield, Terrie	10 septembre 2009
Programme de santé mentale de l'Hôpital Hôtel Dieu/Hôpital général de Kingston	4 novembre 2009
Programme oser rêver	9 septembre 2009
Programmes de Counselling Nord du Supérieur	11 septembre 2009
Psychiatric Survivors of Ottawa	9 septembre 2009
Purdon, Joanne	4 novembre 2009
Raising Our Children's Kids (Canada)	17 juin 2009
Ramakrishnan, Madhuri et Kris	17 juin 2009
Renascent	Mémoire
Réseaux communautaires de soins spécialisés	2 décembre 2009
Rideauwood Addiction and Family Services	9 septembre 2009
Robin, Cindy	10 septembre 2009
Robinson, Gary	8 septembre 2009
Ross, Marvin	8 septembre 2009
Russell, Jane	9 septembre 2009
Sacks, Diane	28 octobre 2009
Santé mentale pour enfants Ontario	3 juin et 2 décembre 2009
Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario	3 juin 2009
Self Help Alliance	16 juin 2009
Seniors Health Research Transfer Network	4 novembre 2009
Services à la famille - Ontario	18 novembre 2009
Services de santé Royal Ottawa	9 septembre 2009
Shearon, Victoria	15 juin 2009
Sherbourne Health Centre	7 octobre 2009
Sherring, Rena	Mémoire
Simpson, David	16 juin 2009
Sioux Lookout Community Action Partnership for Fetal Alcohol Spectrum Disorder	11 septembre 2009
Société Alzheimer d'Ontario	16 juin 2009
Société Alzheimer, North Bay et district	10 septembre 2009
Société Alzheimer, Ottawa et comté de Renfrew	9 septembre 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Société Alzheimer, Sudbury-Manitoulin	10 septembre 2009
Société Alzheimer, Thunder Bay	11 septembre 2009
Société canadienne de l'ouïe	16 juin 2009
Société canadienne de pédiatrie	9 septembre 2009 et mémoire
Société de schizophrénie de l'Ontario	16 septembre 2009
Société de schizophrénie de l'Ontario, section de Thunder Bay	11 septembre 2009
Société John Howard du Canada	18 juin 2009
Southern Network of Specialized Care	Mémoire
St. Jude Community Homes	2 décembre 2009
Starr, Sky	7 octobre 2009
Stevenson, D <sup>re</sup> Cameron	18 juin 2009
Success By 6	9 septembre 2009
Sudbury Action Centre for Youth	10 septembre 2009
Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario	9 septembre et 2 décembre 2009
Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario, Secteur des services de traitement des enfants	2 décembre 2009 et mémoire
Teskey, Patricia	8 septembre 2009
Thames Valley District School Board Mental Health and Wellness Committee	16 juin 2009
The Dream Team	Mémoire
The Men's Project	9 septembre 2009
The New Mentality	4 novembre 2009
Tregunno, Kevin	8 septembre 2009
Tyson, Judy	17 juin 2009
United Way/Centraide Ottawa	9 septembre 2009
Usselman-Tod, Simone	21 octobre 2009
Vérificateur général de l'Ontario	13 mai 2009
Ville de Toronto, Administration des abris, des soutiens et du logement	21 octobre 2009
Voukelatos, Vicky	Mémoire
Wass, Gaby	16 juin 2009
Waterford Family Council	18 novembre 2009
Weber, James	8 septembre 2009
Westfall, Marlene	17 juin 2009
Wesway	Mémoire
Wiebe, Jean	17 juin 2009
Windsor Essex County Drug Strategy Implementation Group	15 juin 2009

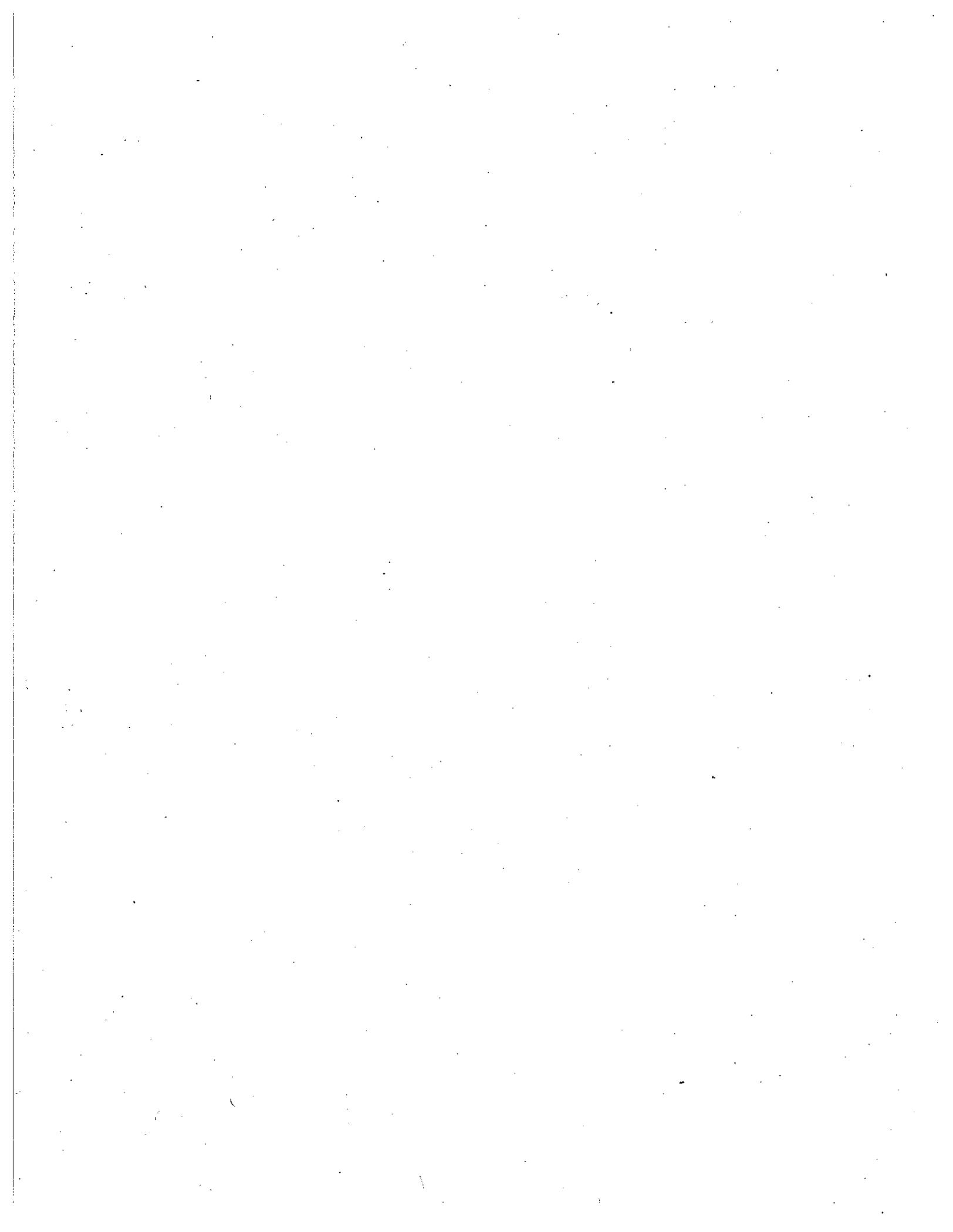
---

Organisme/Personne	Date de comparution
Woodview Manor Parents' Council	4 novembre 2009
York Centre for Children, Youth and Families, Blue Hills Child and Family Centre, Kinark Child and Family Services	2 décembre 2009
Youthlink	2 décembre 2009
Zakrzewska, Ewa	30 septembre 2009



## **ANNEXE C**

**Établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1**



**ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES DÉSIGNÉS DE L'ANNEXE 1  
en vertu de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario<sup>1</sup>**

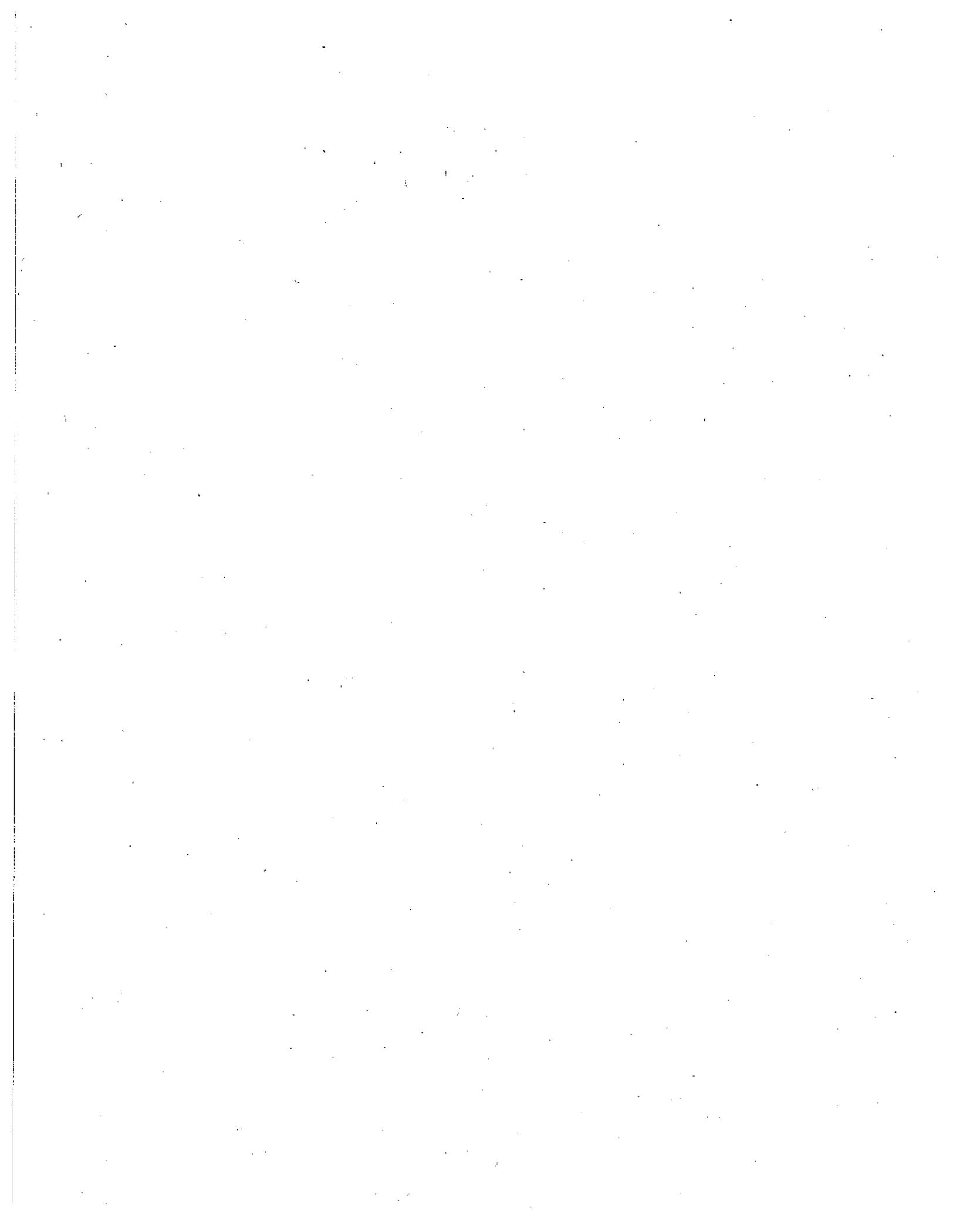
<b>LOCATION</b>	<b>NAME</b>
<b>Ajax</b>	Rouge Valley Health System - Ajax and Pickering Health Centre
<b>Barrie</b>	Royal Victoria Hospital
<b>Belleville</b>	Quinte Healthcare Corporation - Belleville General Hospital
<b>Brampton</b>	William Osler Health Centre - Brampton Civic Hospital, Brampton Hospital Campus
<b>Brantford</b>	Brantford General Hospital
<b>Brockville</b>	Services de santé Royal Ottawa – Brockville Mental Health Centre, y compris la Forensic Treatment Unit Établissement de traitement et Centre correctionnel de la vallée du Saint-Laurent, Unité de traitement en milieu fermé
<b>Burlington</b>	Joseph Brant Memorial Hospital
<b>Chatham</b>	Public General Hospital Society of Chatham
<b>Cornwall</b>	Cornwall General Hospital
<b>Goderich</b>	Alexandra Marine and General Hospital
<b>Guelph</b>	Homewood Health Centre Inc.
<b>Hamilton</b>	Hamilton Health Sciences Corporation - Hamilton General Hospital, Chedoke Hospital, McMaster University Medical Centre, Henderson General Hospital St. Joseph's Health Care System - Centre for Mountain Health Services, St. Joseph's Hospital
<b>Kenora</b>	Lake of the Woods District Hospital
<b>Kingston</b>	Hôpital Hôtel-Dieu des Religieuses Hospitalières de St.-Joseph à Kingston/ Hôtel-Dieu Hospital Kingston General Hospital Pénitencier de Kingston, Centre de traitement régional Providence Continuing Care Centre, Mental Health Services (ancien Hôpital psychiatrique de Kingston)
<b>Kitchener</b>	Grand River Hospital Corporation - Kitchener-Waterloo Health Centre
<b>Lindsay</b>	Ross Memorial Hospital
<b>London</b>	Regional Mental Health Care, London - St. Joseph's Health Care London St. Joseph's Health Care, London

<sup>1</sup> Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Information publique : Services de santé dans votre collectivité - Établissements psychiatriques désignés en vertu de la *Loi sur la santé mentale* », mis à jour le 27 octobre 2003. Site <http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/psychf/designatedf.html>, consulté le 4 mars 2010.

	London Health Sciences Centre - University Campus, Victoria Campus
<b>Markham</b>	Markham Stouffville Hospital
<b>Mississauga</b>	Credit Valley Hospital
	Trillium Health Centre-Mississauga
<b>Newmarket</b>	Southlake Regional Health Centre
<b>Niagara Falls</b>	Système de santé de Niagara - Greater Niagara General Hospital
<b>North Bay</b>	Hôpital général de North Bay
	Centre de santé mentale du Nord-Est – Campus de North Bay
<b>Oakville</b>	Halton Healthcare Services Corporation - Oakville-Trafalgar Memorial Hospital
<b>Orillia</b>	Orillia Soldiers' Memorial Hospital
<b>Oshawa</b>	Lakeridge Health Corporation - Oshawa
<b>Ottawa</b>	Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
	Hôpital Montfort
	Hôpital Queensway Carleton
	Centre de santé mentale Royal Ottawa - Services de santé Royal Ottawa
	Centre régional pour enfants, Hôpital Royal Ottawa - Services de santé Royal Ottawa
L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic, Campus Général	
<b>Owen Sound</b>	Grey Bruce Health Services - Owen Sound
<b>Penetanguishene</b>	Centre de santé mentale de Penetanguishene
<b>Peterborough</b>	Peterborough Regional Health Centre - Hospital Drive
<b>Richmond Hill</b>	York Central Hospital
<b>St. Catharines</b>	Système de santé de Niagara - St. Catharines General
<b>St. Thomas</b>	Regional Mental Health Care, St. Thomas - St. Joseph's Health Care, London
<b>Sarnia</b>	Sarnia General Hospital
<b>Sault Ste. Marie</b>	Plummer Memorial Hospital
<b>Stratford</b>	Stratford General Hospital
<b>Sudbury</b>	Centre de santé mentale du Nord-Est – Campus de Sudbury
	Centre de santé mentale du Nord-Est – Centre psychiatrique régional pour enfants
	Hôpital régional de Sudbury
<b>Thunder Bay</b>	St. Joseph's Care Group - Lakehead Psychiatric Hospital
	Thunder Bay Regional Hospital
<b>Timmins</b>	Timmins and District Hospital/L'Hôpital de Timmins et du district

<b>Toronto</b>	Rouge Valley Health System - Centenary Health Centre
	Scarborough Hospital - General Division, Grace Division
	North York General Hospital - General Division
	Humber River Regional Hospital - Finch Avenue, Church Street, Keele Street
	Centre de toxicomanie et de santé mentale
	Baycrest Hospital
	William Osler Health Centre - Etobicoke Hospital Campus
	Mount Sinai Hospital
	Trillium Health Centre - Queensway
	St. Joseph's Health Centre
	St. Michael's Hospital - Bond Street, Wellesley Central
	Sunnybrook Health Sciences Centre
	Toronto East General and Orthopaedic Hospital Inc.
	Réseau universitaire de santé - Toronto General Hospital, Toronto Western Hospital, Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital
<b>Welland</b>	Système de santé de Niagara - Welland Hospital <sup>2</sup>
<b>Whitby</b>	Whitby Mental Health Centre
<b>Windsor</b>	Hôtel-Dieu Grace Hospital - Hôtel-Dieu of St. Joseph's
	Windsor Regional Hospital
<b>Woodstock</b>	Woodstock General Hospital

<sup>2</sup> Ancien Hôpital général du comté de Welland.



## **ANNEXE D**

***Loi sur la santé mentale et Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario***



## **Introduction**

Cette annexe résume les dispositions de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario concernant l'admission, en cure facultative ou obligatoire, dans des établissements psychiatriques, ainsi que celles de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* concernant le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement.

## **Loi sur la santé mentale de l'Ontario**

Un des objets de la *Loi sur la santé mentale* (LSM) de l'Ontario est d'énoncer les critères d'admission pour les patients, en cure facultative ou obligatoire, des établissements psychiatriques<sup>1</sup>.

### **Formule 1 – Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin**

En vertu de la *LSM*, si un membre de la famille ou un fournisseur de soins réussit à persuader une personne de consulter un médecin, le médecin en question peut évaluer le patient selon une liste de critères visant à déterminer s'il satisfait au « critère du préjudice grave ».

**15.(1)** Si un médecin examine une personne et a des motifs valables de croire que celle-ci, selon le cas :

- a) a menacé ou tenté de s'infliger des lésions corporelles ou menace ou tente de le faire;
- b) s'est comportée ou se comporte avec violence envers une autre personne ou de manière à lui faire craindre qu'elle lui causera des lésions corporelles;
- c) a fait ou fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même,

et qu'en plus, il est d'avis que cette personne souffre selon toute apparence d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une des conséquences suivantes :

- d) elle s'infligera des lésions corporelles graves;
- e) elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne;
- f) elle souffrira d'un affaiblissement physique grave,

---

<sup>1</sup> *Loi sur la santé mentale*, L.R.O. 1990, chap. M.7. Site des Lois-en-ligne, [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_90m07\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m07_f.htm), visité le 24 février 2010.

il peut, sur la formule prescrite, présenter une demande d'évaluation psychiatrique de cette personne.

Il importe de noter qu'il n'est pas nécessaire de satisfaire à tous les critères énoncés aux alinéas a), b) et c). Le médecin doit plutôt établir l'existence d'un des comportements décrits. Cependant, il doit aussi déterminer que le trouble mental causera probablement l'un des préjudices décrits aux alinéas d), e) et f)<sup>2</sup>. Il est aussi possible pour un agent de police de procéder à une évaluation semblable et d'amener sous garde cette personne dans un lieu approprié (en général, un hôpital) afin qu'elle soit examinée par un médecin<sup>3</sup>.

Le document que le médecin doit remplir est connu sous le nom de « Formule 1 » ou « Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin ». Une fois rempli, il permet à quiconque d'amener la personne qui fait l'objet de la demande à un établissement psychiatrique pour qu'elle y soit détenue aux fins d'une évaluation psychiatrique pendant au plus 72 heures<sup>4</sup>. Personne n'a le droit de demander à la Commission du consentement et de la capacité (CCC) d'examiner les critères d'émission d'une Formule 1. La CCC est le tribunal administratif qui a le pouvoir de régler les questions liées à la capacité, au consentement, à l'admission civile et à la prise de décisions au nom d'autrui (par un mandataire)<sup>5</sup>.

#### *Formule 2 – Ordonnance d'examen*

Une autre option dont disposent les membres de la famille ou d'autres parties qui font face à une situation de ce genre est de comparaître devant un juge de paix pour présenter de l'information sous serment selon laquelle la personne en question souffre d'un trouble mental<sup>6</sup>. La « Formule 2 » ou « Ordonnance d'examen en vertu de l'article 16 » est remise à la police et l'autorise à appréhender la personne et à la détenir pour qu'elle soit examinée par un médecin<sup>7</sup>.

#### *Formule 3 – Certificat d'admission en cure obligatoire*

Après avoir été amenée à l'hôpital et y être restée pendant 72 heures aux fins d'évaluation, la personne peut être admise contre son gré pour une période plus longue seulement si les conditions énoncées au par. 20(5) de la *LSM* sont satisfaites. En vertu de ce paragraphe, les symptômes du trouble mental doivent être tels que le patient s'infligera des lésions corporelles graves, en infligera à une autre personne ou souffrira d'un affaiblissement

<sup>2</sup> Katharine Byrick et Barbara Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario* (Toronto, Association des hôpitaux de l'Ontario, mars 2009), p. 31.

<sup>3</sup> *Loi sur la santé mentale*, art. 17.

<sup>4</sup> *Ibid.*, par. 15(5).

<sup>5</sup> Selon le site Web de la CCC, plus de 80 % des demandes présentées à la CCC portent sur la révision en vertu de la *Loi sur la santé mentale* du statut de malade en cure obligatoire d'un patient d'un établissement psychiatrique, ou sur l'examen en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé* de la capacité d'une personne de consentir à un traitement ou de le refuser.

<sup>6</sup> Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 33.

<sup>7</sup> *Loi sur la santé mentale*, art. 16.

physique grave à moins d'être détenu dans un établissement psychiatrique<sup>8</sup>. D'autres conditions de l'admission en cure obligatoire ont été ajoutés à la *LSM* en 2000 afin de tenir compte des personnes souffrant d'une maladie mentale récurrente<sup>9</sup>.

La loi prévoit différentes sauvegardes contre l'admission en cure obligatoire. Le médecin qui remplit une Formule 3, qui est le « Certificat d'admission en cure obligatoire », ne peut pas être celui qui a rempli la Formule 1, ce qui introduit un deuxième avis médical dans le processus. De plus, le premier certificat d'admission en cure obligatoire vient à expiration après deux semaines et le premier certificat de renouvellement est valide pour un mois. Les certificats de renouvellement subséquents sont assujettis à des limites de temps. Le patient a le droit de demander à la CCC de déterminer si les critères d'émission ou de renouvellement d'un certificat d'admission en cure obligatoire ont été respectés. Même si le patient choisit de ne pas faire appel à la CCC, la *LSM* prévoit que le quatrième certificat de renouvellement doit être examiné par la Commission<sup>10</sup>.

### **Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario**

La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé (LCSS)* de l'Ontario régit le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement<sup>11</sup>. L'admission d'une personne dans un établissement psychiatrique et le traitement subséquent de cette personne dans cet établissement sont considérés comme des questions distinctes en Ontario.

Un principe fondamental des soins de santé en Ontario est que le traitement ne doit pas être administré sans le consentement de la personne traitée<sup>12</sup>. Les avocates en matière de santé Katherine Byrick et Barbara Walker-Renshaw résument la situation comme suit :

Si le patient est capable, c'est à lui de décider s'il consent au traitement proposé ou s'il le refuse. Si le patient est incapable, on demandera à un mandataire spécial de prendre la décision en son nom<sup>13</sup>.

La *LCSS* prévoit un test de capacité à deux volets. Une personne est capable à l'égard d'un traitement si elle est apte (1) à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision et (2) à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision<sup>14</sup>.

<sup>8</sup> Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 36.

<sup>9</sup> Ces dispositions sont énoncées au par. 20(1.1) de la *LSM*.

<sup>10</sup> Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 40.

<sup>11</sup> *Loi sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, chap. 2. Site des Lois-en-ligne, [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_96h02\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96h02_f.htm), consulté le 24 février 2010.

<sup>12</sup> Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 7.

<sup>13</sup> *Ibid.* Il y a exception en cas d'urgence ou si une personne a été accusée d'une infraction au criminel (et si elle doit être traitée afin de pouvoir subir son procès). Ces exigences sont énoncées au par. 25(3) de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et au par. 672.59(1) du *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46.

<sup>14</sup> *Loi sur le consentement aux soins de santé*, par. 4(1).

Aucun traitement ne peut commencer si le patient indique qu'il a l'intention de demander ou qu'il a demandé à la CCC, par voie de requête, de réviser la constatation d'incapacité, sauf en cas d'urgence<sup>15</sup>. À moins que les parties ne consentent à un ajournement, la CCC doit tenir une audience dans les sept jours qui suivent la réception de la requête et elle doit fournir une copie de sa décision aux parties le lendemain. Si la CCC confirme la décision d'incapacité du praticien, le traitement ne peut pas commencer si le patient en appelle de la décision de la Commission devant les tribunaux.

---

<sup>15</sup> *Ibid.*, par. 18(3) et (4).