



Santé Canada et Agence
de la santé publique du Canada

Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Évaluation des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada 2010-2011 à 2014-2015

Préparé par
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Mars 2016

Liste des acronymes

ACPS	Association canadienne pour la prévention du suicide
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AM	Autres ministères
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CDPCS	Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé
CEC	Centre d'échange des connaissances
CNUDPH	Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
CPCMC	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
CPS	Centre pour la promotion de la santé
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CTSM	Centre de toxicomanie et de santé mentale.
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EMCC	Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESPT	État de stress post-traumatique
GRC	Gendarmerie royale du Canada
GTPSM	Groupe de travail sur la promotion de la santé mentale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IILSM	Initiative internationale sur le leadership en matière de santé mentale
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
LGBTBQ	Lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, bispérituels et en questionnement
OAN	Organisation autochtone nationale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PAPACUN	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PSSM	Premiers soins en santé mentale
RCRID	Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression
RSP	Réseau de santé publique
SIMVSMC	Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques
SNSMC	Système national de surveillance des maladies chroniques
STHC	Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	viii
1.0 Contexte	1
2.0 Objectif de l'évaluation.....	1
3.0 Description du programme	1
3.1 Contexte du programme	2
3.2 Profil du programme	6
3.3 Narratif du programme.....	12
3.4 Harmonisation et ressources du programme	13
4.0 Description de l'évaluation	14
4.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	14
4.2 Contraintes et stratégies d'atténuation	15
5.0 Constatations.....	16
5.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – besoin continu du programme	16
5.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – harmonisation avec les priorités du gouvernement	18
5.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	20
5.4 Rendement : Enjeu n° 4 – atteinte des résultats attendus (efficacité).....	21
5.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Preuve d'économies et d'efficacité	45
6.0 Conclusion	51
6.1 Pertinence – conclusions	51
6.2 Rendement – conclusions.....	52
7.0 Recommandations.....	55
Annexe 1 – Modèle logique.....	57
Annexe 2 – Résumé des constatations	58
Annexe 3 – Description de l'évaluation.....	63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données financières et dépenses réelles liées au programme.....	14
Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation	15
Tableau 3 : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (<i>Changer les orientations, changer des vies</i>) – Harmonisation des initiatives des intervenants avec les orientations stratégiques	24
Tableau 4 : Coûts liés aux affections majeures, 2008.....	46
Tableau 5 : Écart entre les budgets de fin d'exercice et les dépenses, 2010-2011 à 2014-2015 ..	47

Sommaire

La santé mentale et les maladies mentales au Canada représentent des problèmes complexes qui ont chaque année des répercussions directes et indirectes sur de nombreux Canadiens. La prise en main de la santé mentale et des maladies mentales mobilise divers intervenants au sein de nombreuses administrations ainsi que dans les secteurs public et privé.

La présente évaluation est axée sur quatre activités précises de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui se rattachent à la santé mentale et aux maladies mentales. Ces activités sont les suivantes : financement versé à la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et gestion de ce financement; financement versé à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada (STHC) pour le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression (RCRID), et gestion de ce financement; surveillance de la santé mentale, des maladies mentales et du suicide; et promotion de la santé mentale, ce qui comprend notamment le travail d'élaboration du *Cadre fédéral de prévention du suicide*.

L'évaluation ne vise pas à aborder le large éventail d'activités du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales. Une évaluation parallèle se déroule actuellement à Santé Canada au chapitre des programmes de bien-être mental de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Les leçons à retenir de ces deux évaluations serviront à la prise de décision future concernant les programmes.

La présente évaluation porte sur les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui ont eu lieu de l'exercice 2010-2011 à l'exercice 2014-2015. La collecte de données a pris fin en juillet 2015.

L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation a pour but d'apprécier la pertinence et le rendement d'un sous-ensemble précis d'activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Description du programme

Les activités de Santé Canada abordées dans le cadre de la présente évaluation englobent le financement versé à la CSMC et à la STHC pour le RCRID ainsi que la gestion de ce financement. Les activités de l'Agence de la santé publique du Canada abordées dans la présente évaluation comprennent la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide, de même que la surveillance en matière de bonne santé mentale et de maladies mentales.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Besoin continu

Un nombre considérable de Canadiens sont directement ou indirectement touchés par des problèmes de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale. Tous les ans, un Canadien sur dix souffre d'une maladie mentale, et au cours de sa vie, un Canadien sur trois souffrira d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. En 2012, 40 % des adultes au Canada voyaient un membre de leur famille connaître des problèmes de santé mentale ou affective, ou encore des problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Chaque année, près de 4 000 Canadiens meurent par suicide.

Certains segments de la population canadienne connaissent des taux plus élevés de maladie mentale, de suicide ou d'idées suicidaires. Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les jeunes, et la fréquence du suicide est un problème considérable dans certaines communautés inuites et autochtones.

En 2008, on a évalué le coût direct de la mauvaise santé mentale et des maladies mentales à près de huit milliards de dollars. Les coûts annuels indirects varieraient de 11 à 50 milliards de dollars.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Diverses annonces fédérales et déclarations internationales ont indiqué l'importance de la santé mentale, qui doit être une priorité pour le gouvernement fédéral. Depuis la publication, en 2006, du document *De l'ombre à la lumière*, la santé mentale est effectivement une priorité. La création de la CSMC et l'intention de reconduire son mandat exprimée dans le budget de 2015 indiquent bien l'appui envers les efforts soutenus en santé mentale. Des fonds supplémentaires ont aussi été octroyés à la STHC pour des efforts en matière de dépression et d'état de stress post-traumatique (ESPT).

En mai 2013, des membres de l'Assemblée mondiale de la Santé, dont le Canada, ont officiellement fait de la santé mentale l'une de leurs priorités en adoptant le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ils ont de ce fait soutenu la croyance selon laquelle « il n'y a pas de santé sans santé mentale¹ ». L'ONU a récemment adopté des objectifs de développement durable qui comprennent la promotion de la santé et du bien-être mentaux².

L'adoption de la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide* en 2012 et les travaux de mise au point du cadre qui en ont découlé ont révélé le caractère prioritaire qu'accorde le gouvernement fédéral à la prévention du suicide.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

La *Loi sur le ministère de la Santé* précise les responsabilités de Santé Canada en ce qui concerne la promotion du bien-être mental des Canadiens et son éventuel rétablissement. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* prévoit le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada dans la promotion de la santé et la surveillance en matière de santé. Le gouvernement fédéral a aussi des responsabilités en matière de services de santé mentale auprès de certaines populations du pays. Les services de santé mentale relèvent de la juridiction provinciale ou territoriale pour la majorité des Canadiens. Cependant, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la coordination des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales, dans la collaboration liée à ces activités, dans la surveillance en matière de santé mentale, de maladies mentales et de suicide, et dans la production des rapports connexes, ainsi qu'en tant que source d'information sur les pratiques exemplaires et innovantes.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats attendus (efficacité)

La CSMC a réussi à prendre en main les trois éléments précis de son mandat initial. Ce dernier prévoyait l'élaboration d'une stratégie nationale, le lancement d'une campagne de lutte contre la stigmatisation et l'établissement d'un centre d'échange des connaissances. En outre, elle a publié le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* en 2012, après de vastes consultations nationales. Des mesures ont été prises à l'échelle du pays en réaction aux six orientations stratégiques, aux 26 priorités et aux 109 recommandations du document. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales (ONG) et les ministères fédéraux ont œuvré à l'exécution de la Stratégie. L'absence de plan d'action clair et de responsabilités précises quant aux recommandations a été perçue comme un obstacle à la pleine mise en œuvre de la Stratégie.

Les autres composantes du mandat initial de la CSMC, soit la campagne de lutte contre la stigmatisation (*Changer les mentalités*) et le Centre d'échange des connaissances (CEC), ont vu leurs efforts initiaux récompensés. La campagne *Changer les mentalités* semble porter des fruits en matière de réduction de la stigmatisation dans les populations visées. La multiplication et la répétition des messages permettront de réduire encore la stigmatisation. Le CEC a conclu des partenariats et augmenté l'accessibilité de la recherche et des directives relatives à la santé mentale. La mise en œuvre cohérente des plans de diffusion de la recherche a augmenté la portée de l'information de qualité et son accessibilité.

La STHC, par l'intermédiaire du RCRID, a mis en place de multiples carrefours sur la dépression à l'échelle du Canada et a réussi à intégrer la voix de gens ayant un vécu pertinent dans le processus de recherche, en particulier dans la détermination des priorités de la recherche.

La CSMC a été saluée en tant qu'organisme rassembleur, capable d'unir les efforts de différents partenaires pour faire progresser les dossiers jugés prioritaires selon la Stratégie en matière de santé mentale. L'Agence de la santé publique du Canada a également réussi à créer des partenariats en ce qui concerne les projets en matière de données et les efforts de mise au point du *Cadre fédéral de prévention du suicide*. Comme les ministères fédéraux, les ordres de gouvernement et les ONG œuvrant en santé mentale sont multiples, les partenariats ont été jugés essentiels à l'échange de pratiques exemplaires, à la prévention du dédoublement des efforts et à la coordination des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales.

On a soulevé le fait que les rôles et les responsabilités dans le portefeuille de la Santé n'étaient pas bien définis ou compris en ce qui concerne la santé mentale, la promotion de la santé mentale, les maladies mentales et la prévention du suicide. On a aussi relevé l'absence d'une vision globale. De plus, les ministères fédéraux ayant des activités et des responsabilités dans ces domaines sont nombreux. Cela a suscité de l'intérêt pour la mise en place d'une communauté de pratique ou d'un carrefour sur la santé mentale au sein même du gouvernement fédéral.

Le travail de l'Agence de la santé publique du Canada en surveillance de la santé mentale et des maladies mentales a produit de nouvelles connaissances et permis d'étendre et d'améliorer les systèmes de surveillance.

Le travail de promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada a favorisé la compréhension de la différence entre la santé mentale et les maladies mentales. Ce travail s'est fait grâce à l'appui d'efforts nationaux et internationaux. Une telle compréhension est au cœur du travail en promotion de la santé mentale. Bon nombre des programmes communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada ont des composantes liées à la bonne santé mentale et pourraient être mieux exploités par les intervenants pour la diffusion de messages cohérents en matière de santé mentale et pour la promotion de la santé mentale tout au long de la vie. La multiplicité des termes employés (p. ex. bien-être mental, bonne santé mentale, santé mentale et maladies mentales) est vue comme un obstacle à la pleine collaboration aux efforts menés envers la promotion de la santé mentale.

Les efforts hautement collaboratifs de l'Agence de la santé publique du Canada visant à mettre au point le *Cadre fédéral de prévention du suicide* ont été salués. Comme le prévoit la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, le *Cadre* précisera les principes directeurs, les objectifs stratégiques et les priorités du gouvernement fédéral en matière de prévention du suicide. La surveillance et la production de rapports continues sur la mise en œuvre du *Cadre* sont considérées comme des éléments essentiels pour ce qui est d'assurer la responsabilisation, la capacité décisionnelle et l'amélioration continue des efforts fédéraux de prévention du suicide.

Preuve d'économies et d'efficacité

Les dispositions de financement conclues avec la CSMC et la STHC prévoyaient une gestion active par Santé Canada. La CSMC a réussi à solidifier plus de 350 partenariats et à faire évoluer les efforts de lutte contre la stigmatisation, de prévention du suicide ainsi que de promotion de la santé mentale au travail et des premiers soins en santé mentale qui en découlent. D'autres travaux réalisés avec des organisations autochtones et non traditionnelles ont été identifiés comme un secteur comportant des possibilités pour l'avenir.

Aucun financement supplémentaire n'a été accordé pour les projets prioritaires au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, comme la surveillance relative à la bonne santé mentale et les efforts de mise au point du *Cadre fédéral de prévention du suicide*. Des réaffectations de fonds à l'intérieur de la direction générale ont permis la poursuite des efforts de l'Agence de la santé publique du Canada dans le domaine des maladies mentales, en santé mentale et en matière de suicide.

Les domaines prioritaires de la santé mentale et des maladies mentales ont été définis pour l'Agence de la santé publique du Canada; cependant, l'évaluation indique que les rôles et les responsabilités de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en matière de santé mentale n'ont pas été clairement exprimés, et que la terminologie manque de cohérence. L'évaluation a permis de relever des lacunes en ce qui concerne la diffusion de l'information à tous les secteurs de programme pertinents au sein du portefeuille de la Santé. Une vision plus claire favoriserait probablement les communications au sein du portefeuille de la Santé et auprès du public.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

On reconnaît le besoin important toujours présent au Canada au chapitre de la santé mentale et des maladies mentales, et il serait temps d'établir une vision de la santé mentale pour le portefeuille de la Santé et, notamment, de clarifier et d'exprimer les rôles et les responsabilités en ce qui a trait à la santé mentale, à la promotion de la santé mentale, aux maladies mentales, à la prévention du suicide ainsi que de surveillance des maladies mentales et de la santé mentale.

Actuellement, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les IRSC participent à des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales. Les activités menées au sein de ces organisations sont complémentaires; des dédoublements existent aussi. Toutefois, la vision des objectifs globaux touchant la santé mentale et les maladies mentales n'a pas encore été clairement exprimée. L'expression d'une vision claire et la précision de la façon dont les activités des différentes organisations s'articulent par rapport à la vision contribueront à garantir l'harmonisation des efforts et la réduction du risque de dédoublement. Une vision claire du Portefeuille permettra en outre de mieux communiquer avec les partenaires externes et internes.

Nombre de ministères fédéraux et de partenaires externes œuvrant dans le vaste domaine de la santé mentale et des maladies mentales étaient incertains quant à la personne avec qui communiquer au sujet d'un projet ou d'un autre. Une communication aisée entre le portefeuille de la Santé et ces partenaires est importante, bien que la gestion des relations avec les partenaires dépende souvent du projet. Certains ont exprimé le souhait d'une communauté de pratique mieux coordonnée pour rassembler les parties œuvrant en santé mentale au sein du gouvernement fédéral. La faisabilité d'un tel projet pourrait être explorée.

Recommandation 2

Encourager la CSMC à établir, pour le reste de son mandat, un contact plus étroit avec les intervenants, particulièrement les organisations avec lesquelles la Commission n'a pas collaboré étroitement par le passé, comme celles qui s'intéressent aux toxicomanies ainsi que les organisations autochtones nationales.

La CSMC a établi de solides partenariats dans divers secteurs, mais les collaborations et les partenariats pourraient être accrus dans certains domaines. Les éléments de preuve indiquent que les comorbidités sont de plus en plus apparentes. La relation de comorbidité entre la toxicomanie et la santé mentale a retenu l'attention de plusieurs provinces et territoires qui ont décidé d'inclure les questions liées aux dépendances et aux toxicomanies dans les programmes de santé mentale. La CSMC et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) pourraient collaborer plus étroitement sur des questions d'intérêt commun.

Les peuples autochtones représentent un autre secteur qu'il serait possible d'améliorer en rehaussant la sensibilisation. Malgré le fait que des travaux afférents aux orientations stratégiques 4 et 5 de la Stratégie en matière de santé mentale aient été entrepris, l'accent n'a pas été suffisamment mis sur la santé mentale des Autochtones par la CSMC. Des relations et des partenariats plus approfondis avec les OAN, les communautés autochtones et la DGSPNI pourraient contribuer aux efforts dans ce secteur. Il sera important que les activités de la CSMC visent également ces importants groupes de la population.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation des activités relatives à la santé mentale et à la maladie mentale de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada

À la suite de l'élection du nouveau gouvernement en octobre 2015, c'est-à-dire après l'achèvement de la phase d'enquête de la présente évaluation, le contexte des activités du portefeuille de la Santé dans le secteur de la santé mentale et de la maladie mentale a changé. Les priorités du nouveau gouvernement comprennent notamment des travaux avec les provinces et les territoires en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale grâce à un nouvel accord sur la santé et à des mesures axées sur des populations particulières (p. ex. premiers répondants et vétérans).

Le nouveau gouvernement s'est également engagé à accorder une grande importance aux résultats et à évaluer régulièrement l'efficacité des programmes et des services. Ces nouvelles priorités, qui ont été prises en compte pour formuler les recommandations ci-après, serviront à façonner les travaux du portefeuille de la Santé. Les prochaines évaluations permettront de mieux mesurer l'effet des initiatives du Portefeuille en matière de santé mentale.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Réalisations attendues	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
<p>Recommandation 1</p> <p>Compte tenu des besoins considérables permanents partout au Canada en ce qui concerne la santé mentale et la maladie mentale, il serait temps d'établir une vision de la santé mentale pour le portefeuille de la Santé et notamment de clarifier et d'exprimer les rôles et les responsabilités en ce qui a trait à la santé mentale, à la promotion de la santé mentale, aux maladies mentales, à la prévention du suicide ainsi que de surveillance des maladies mentales et de la santé mentale.</p>	<p>La direction est d'accord avec cette recommandation.</p>	<p>Travailler ensemble à la définition des rôles et responsabilités respectifs de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada pour ce qui est de faire progresser les priorités du gouvernement relatives à la santé mentale, notamment améliorer l'accès aux services de santé mentale grâce à un nouvel accord sur la santé, et de soutenir la promotion de la santé mentale, la prévention des maladies mentales et la prévention du suicide, y compris la collaboration avec les autres ministères, les organismes autonomes et les intervenants. Cet exercice permettra d'harmoniser les activités à l'appui des priorités du gouvernement en matière de santé mentale.</p>	<p>Document d'information, comprenant un résumé graphique</p>	<p>Janvier 2017</p>	<p>Directeur général, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Sous-ministre adjoint, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Directeur général, Direction de la coordination et de la planification des politiques, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada</p> <p>Sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada</p>	<p>Les ressources existantes seront utilisées.</p>

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Réalisations attendues	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation 2 Encourager la CSMC à établir, pour le reste de son mandat, un contact plus étroit avec les intervenants, particulièrement les organisations avec lesquelles la Commission n'a pas collaboré étroitement par le passé, comme celles qui s'intéressent aux toxicomanies ainsi que les organisations autochtones nationales.	La direction est d'accord avec cette recommandation.	Demander à la CSMC d'établir des relations avec de nouveaux partenaires, particulièrement les organisations qui s'intéressent aux comorbidités et aux populations vulnérables.	Lettre du Sous-ministre à la Principal directeur général de la CSMC décrivant cette demande	Mars 2016	Directeur général, Direction de la coordination et de la planification des politiques, Santé Canada Sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada	
		Demander à la CSMC de discuter avec les organisations autochtones nationales des façons dont elle pourrait améliorer sa collaboration avec ces organisations.	Lettre du Sous-ministre à la Principal directeur général de la CSMC décrivant cette demande	Mars 2016	Directeur général, Direction de la coordination et de la planification des politiques, Santé Canada Sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada	

1.0 Contexte

La santé mentale et les maladies mentales au Canada représentent des problèmes complexes qui ont chaque année des répercussions directes et indirectes sur de nombreux Canadiens. La prise en main de la santé mentale et des maladies mentales mobilise divers intervenants au sein de nombreuses administrations ainsi que dans les secteurs public et privé.

La présente évaluation est axée sur quatre activités précises de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui se rattachent à la santé mentale et aux maladies mentales. Ces activités sont les suivantes : financement versé à la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et gestion de ce financement; financement versé à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada (STHC) pour le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression (RCRID), et gestion de ce financement; surveillance de la santé mentale, des maladies mentales et du suicide; et promotion de la santé mentale, ce qui comprend notamment le travail d'élaboration du *Cadre fédéral de prévention du suicide*.

L'évaluation ne vise pas à aborder le large éventail d'activités du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales. Une évaluation parallèle se déroule actuellement à Santé Canada au chapitre des programmes de bien-être mental de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Les leçons à retenir de ces deux évaluations serviront à la prise de décision future concernant les programmes.

2.0 Objectif de l'évaluation

La présente évaluation a comme objectif d'apprécier la pertinence et le rendement propres à quatre activités précises quant à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui ont eu lieu de l'exercice 2010-2011 à l'exercice 2014-2015. Il ne s'agit pas d'une évaluation exhaustive des investissements fédéraux dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales.

Il s'agit d'une évaluation prévue dans le Plan d'évaluation quinquennal de 2013-2014 à 2017-2018 de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada en vue de satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

3.0 Description du programme

Les termes « santé mentale » et « maladies mentales » sont souvent utilisés de façon interchangeable et peuvent avoir des significations différentes selon la manière dont ils le sont. Aux fins de la présente évaluation, on se servira des définitions suivantes :

- La santé mentale, c'est la capacité de chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de façon à accroître notre capacité de profiter de la vie et de composer avec les difficultés qui se présentent. Il s'agit d'un sentiment de bien-être émotionnel et spirituel qui tient compte de l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interrelations et de la dignité personnelle³.
- Les maladies mentales sont des atteintes biologiques caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués⁴. La dépression, la schizophrénie, les troubles de l'anxiété et les troubles de la personnalité sont des exemples de maladies mentales.

3.1 Contexte du programme

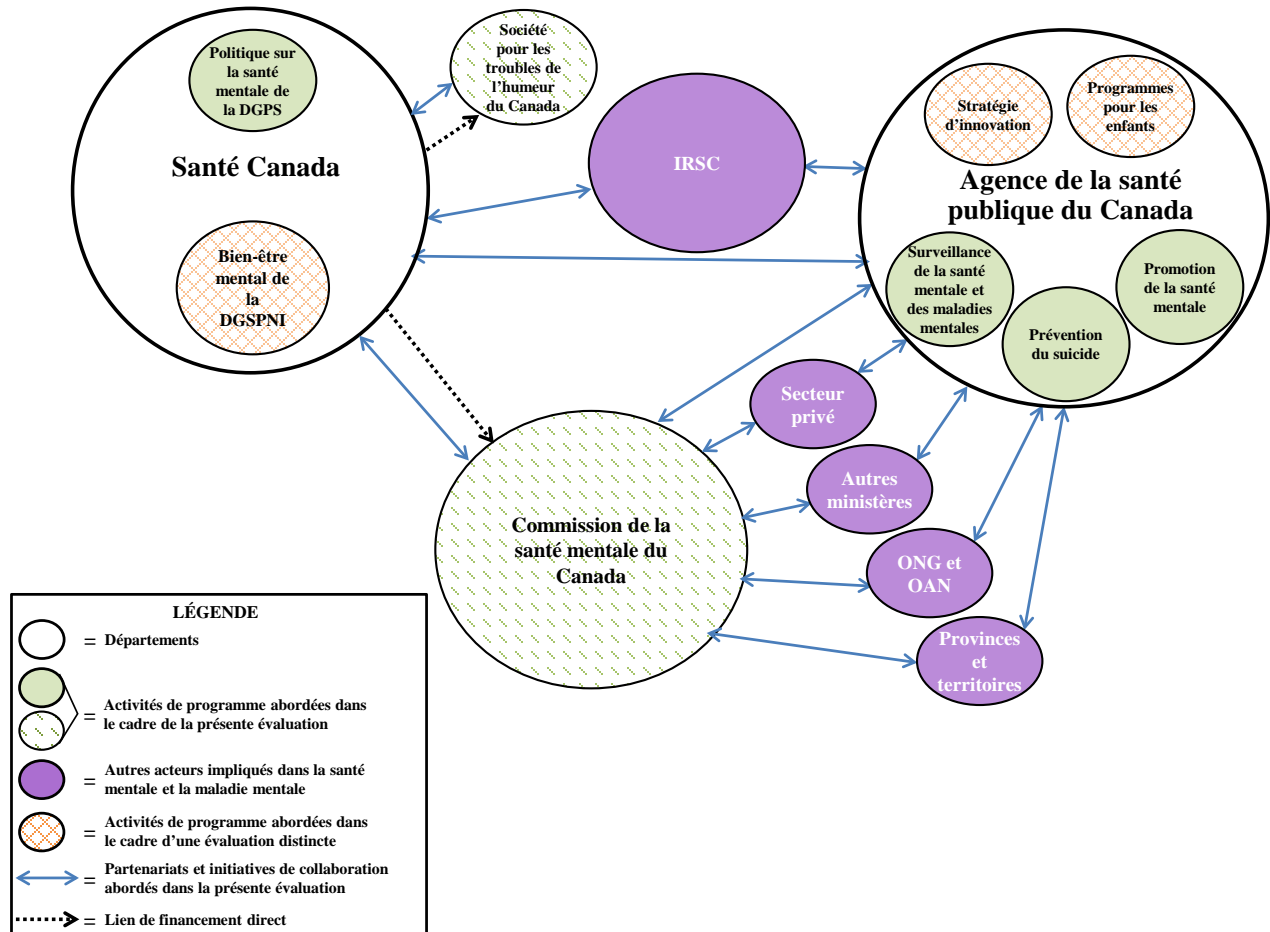
La présente évaluation est axée sur quatre activités précises de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui se rattachent à la santé mentale et aux maladies mentales, qui comprennent de nombreux secteurs de programme et qui font partie intégrante du plus grand tableau des activités relatives à la santé mentale. Deux de ces activités sont issues de Santé Canada, tandis que les deux autres proviennent de l'Agence de la santé publique du Canada. Ces activités sont décrites dans le profil du programme (voir la section 2.2). Les deux activités de Santé Canada se déroulent au sein de la Direction générale de la politique stratégique et comprennent un volet de financement et de soutien à l'intention de la CSMC et de la STHC pour le RCRID. Les activités de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide de l'Agence de la santé publique du Canada ont lieu au Centre pour la promotion de la santé (CPS) au sein de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, alors que les activités de surveillance de la santé mentale, des maladies mentales et du suicide sont exécutées au Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC).

Contexte élargi des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales

Le tableau de la santé mentale et des maladies mentales est complexe, et mobilise de nombreux intervenants qui proviennent de bon nombre d'échelons et d'administrations. Également, un nombre appréciable d'organisations participent à des activités liées à la santé mentale et aux maladies mentales. Ces activités sont en grande partie axées sur des maladies ou populations précises.

La présente évaluation n'aborde pas la gamme complète des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales réalisées par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Elle ne traite pas non plus de l'éventail complet des programmes de santé mentale et de traitement des maladies mentales au sein du gouvernement fédéral. Bien qu'elle tienne compte uniquement du rendement des quatre secteurs mentionnés précédemment, ceux-ci n'existent pas de façon isolée. Il est important de bien comprendre le contexte élargi des activités liées à la santé mentale et aux maladies mentales au Canada afin de mieux apprécier la complexité des problèmes et les liens entre eux. Le Figure 1 présente une vue d'ensemble simplifiée du tableau de la santé mentale et des maladies mentales qui se rattache seulement au portefeuille fédéral de la Santé. Il ne vise pas à présenter en détail tous les intervenants dans ce domaine.

Figure 1. Aperçu de la santé mentale et des maladies mentales



Non seulement les principaux intervenants du gouvernement fédéral entretiennent des relations directes axées sur la collaboration, mais la CSMC et l'Agence de la santé publique du Canada collaborent également avec les autres ministères (AM) fédéraux, le secteur privé, des ONG, les OAN ainsi que les provinces et territoires canadiens. Santé Canada a une relation directe de financement avec la CSMC et la STHC.

Ministères fédéraux

Plusieurs ministères fédéraux ont un mandat qui consiste à offrir des mesures de soutien, des services ou des programmes de santé mentale à des populations précises, à savoir : les Premières Nations vivant dans les réserves et les Inuits (Santé Canada); les personnes incarcérées dans les établissements fédéraux (Service correctionnel du Canada; les membres des Forces canadiennes (ministère de la Défense nationale); les anciens combattants (Anciens Combattants Canada); les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les immigrants et les réfugiés (Citoyenneté et Immigration Canada); et les fonctionnaires fédéraux (programme d'aide aux employés de Santé Canada et Secrétariat du Conseil du Trésor [SCT]). Les autres ministères contribuent à la promotion de la santé mentale en adoptant une approche en matière de santé

axée sur des déterminants sociaux, en offrant des mesures de soutien aux parents, aux aînés et aux Néo-Canadiens ainsi que des programmes de recyclage au travail et d'alphabétisation. L'Agence de la santé publique du Canada utilise une approche axée sur la santé de la population pour s'attaquer à la santé mentale. La santé mentale constitue l'un des secteurs prioritaires actuels de la Stratégie d'innovation. Grâce à la conception, à la mise en application et à l'évaluation d'interventions novatrices en matière de santé de la population, la Stratégie d'innovation assure un appui financier à des organismes externes qui mettent l'accent sur des mesures portant sur les conditions environnementales, sociales, démographiques et économiques sous-jacentes dans les domaines prioritaires, et s'attardent particulièrement aux collectivités éloignées et nordiques, aux enfants et aux jeunes ainsi qu'aux personnes à faible revenu. L'évaluation de la Stratégie d'innovation⁵ a révélé que le programme contribuait à l'amélioration des résultats sur la santé, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Ces résultats comprennent une amélioration des connaissances et des compétences des enfants et des familles, notamment dans les communautés autochtones.

Les programmes communautaires de promotion de la santé comprennent généralement un élément de promotion de la santé mentale. La promotion de la santé mentale vise à améliorer la bonne santé mentale en augmentant le bien-être psychologique, la compétence et la capacité de rebond, et en créant des conditions de vie et des milieux propices⁶. Les composantes du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN) (p. ex. soutien social, participation des parents et promotion de la santé) font la promotion de la santé mentale et de la mise au point de facteurs de protection. Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) abordent l'isolement social, et de nombreux sites de programme présentent des liens vers des services directs de santé mentale à l'intention des parents et des enfants.

La DGSPNI de Santé Canada est tenue de fournir des services de santé, notamment sur le plan de la santé mentale, aux Premières Nations et aux Inuits. Le programme de bien-être mental finance et appuie des programmes et des services communautaires visant à réduire les facteurs de risque, à promouvoir les facteurs de protection et à améliorer les résultats de santé associés au bien-être mental (le terme « bien-être mental » est celui que privilégie la DGSPNI puisqu'il a un sens plus large, qu'il est positif et qu'il est associé au bien-être, aux forces inhérentes et à la capacité de fonctionner dans la vie) des Premières Nations et des Inuits. Les programmes comprennent un éventail de programmes et de services culturellement adaptés en matière de santé mentale et de toxicomanie qui sont déterminés selon les priorités des communautés. La composante du bien-être mental englobe sept programmes qui se rattachent à trois secteurs d'activité. Ces programmes reposent sur un ensemble de soins qui englobe des activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire, et de perfectionnement des connaissances. D'autres programmes communautaires de la DGSPNI, comme Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR), appuient également le bien-être mental au moyen du renforcement des facteurs de protection.

Les IRSC financent des travaux de recherche qui se rattachent à la santé mentale et aux maladies mentales. Environ 50 millions de dollars sont versés chaque année pour la réalisation d'études en santé mentale proposées par des chercheurs ainsi que de travaux de recherche stratégique suggérés par les IRSC. Certains des secteurs de recherche actuels comprennent l'accès aux services de santé mentale, les répercussions des autres maladies sur la santé mentale et la prévention du suicide.

Provinces, territoires et organisations

En passant en revue les activités du gouvernement fédéral au chapitre de la santé mentale et des maladies mentales, il est important de reconnaître que les gouvernements provinciaux et territoriaux désignent la principale autorité à l'égard de la planification et de la prestation des services de santé mentale, des traitements et des mesures de soutien dans leurs administrations respectives.

En outre, diverses ONG et associations professionnelles participent à des initiatives axées sur la santé mentale, les maladies mentales et la prévention du suicide. On y retrouve notamment l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS), Partenaires pour la santé mentale, la Société canadienne de psychologie et l'Association des psychiatres du Canada.

L'ACSM assure des services directs à plus de 100 000 Canadiens grâce aux efforts combinés de plus de 10 000 bénévoles et employés dans plus de 120 communautés au Canada. Les filiales de l'ACSM du pays offrent une vaste gamme de mesures et de services novateurs aux personnes qui vivent avec la maladie mentale ainsi qu'à leur famille. Ces services sont adaptés en fonction des besoins et des ressources des communautés où sont établies les filiales. L'un des objectifs de base de ces services consiste à aider les personnes atteintes de maladie mentale à concevoir les outils personnels qui leur permettront de mener des vies productives et enrichissantes.

Le CTSM est le plus grand hôpital d'enseignement en santé mentale et en toxicomanie au Canada, et l'un des chefs de file mondiaux parmi les centres de recherche en toxicomanie et en santé mentale. Il offre des soins cliniques, effectue de la recherche, élabore des politiques et fait la promotion de la santé pour transformer la vie des gens souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie.

L'ACPS donne des renseignements et des ressources aux communautés afin de réduire le taux de suicide et d'atténuer les conséquences néfastes du comportement suicidaire. Elle travaille à l'atteinte de ce but par un rôle de facilitation, de défense, de soutien et de conseil, plutôt que par la prestation de services directs.

L'organisme de bienfaisance Partenaires pour la santé mentale, qui a été créé plus récemment, vise à améliorer la santé mentale au Canada en mobilisant et en faisant participer les Canadiens afin de susciter des changements fondamentaux. Lorsqu'il a commencé ses activités, il faisait partie intégrante de la CSMC, mais il est devenu une entité distincte en novembre 2010. Par l'intermédiaire de campagnes et d'initiatives, notamment la campagne « Je ne me reconnais

pas » en milieu de travail, l'organisme Partenaires pour la santé mentale encourage le soutien et l'exécution de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ainsi que des recommandations qui s'y trouvent.

L'Association des psychiatres du Canada est l'association bénévole nationale des psychiatres du Canada. Elle se consacre à la recherche et à la diffusion de connaissances au sujet des troubles psychiatriques ainsi qu'à la promotion de la santé mentale. Elle publie la revue *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, qui est une revue médicale mensuelle à comité de lecture.

La Société canadienne de psychologie représente la psychologie au Canada. Elle prône l'amélioration de la santé mentale pour l'ensemble des Canadiens par l'intégration des services psychologiques dans les soins primaires. Également, elle appuie et promeut la science et la pratique de la psychologie dans la prestation de services à ses membres et le bien collectif.

En comprenant bien le contexte élargi des activités liées à la santé mentale et aux maladies mentales, il est plus facile de situer les activités précises qui s'inscrivent dans le cadre de l'évaluation.

3.2 Profil du programme

Les activités relatives à la santé mentale et aux activités mentales de Santé Canada qui sont abordées dans la présente évaluation se font à l'échelle de la DGPS et comprennent le financement versé à la CSMC et à la STHC pour le RCRID ainsi que la gestion de ce financement.

La création de la CSMC a été annoncée dans le budget de 2007 en fonction des recommandations formulées par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie⁷, et figurant dans le rapport *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Le mandat initial de dix ans (2007-2017) de la CSMC consistait à « servir de catalyseur pour améliorer le système de santé mentale au Canada, élaborer une stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, réduire la stigmatisation et la discrimination vécues par les personnes aux prises avec une maladie mentale et des problèmes de santé mentale, et créer un centre d'échange des connaissances ».

Dans le budget de 2012, le gouvernement a accordé 5,2 millions de dollars pour l'établissement et l'intégration d'un réseau de professionnels de la santé mentale. La recherche dans le cadre de ce réseau ciblait le traitement de la dépression et mettait l'accent sur la prévention du suicide et l'ESPT. Ces fonds ont servi à l'établissement du RCRID.

Les activités de l'Agence de la santé publique du Canada abordées dans la présente évaluation se déroulent au sein de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (PSPMC). Le CPS agit en tant que point de contact pour la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que la réalisation des activités de surveillance de la santé mentale et des maladies mentales incombe au CPCMC.

Les activités relatives à la promotion de la santé mentale et à la prévention du suicide de l'Agence de la santé publique du Canada représentent un volet du rôle élargi de cette dernière qui consiste à favoriser les conditions au sein desquelles le développement de la santé se produit. La santé mentale a été établie en tant que priorité dans le plan stratégique *Horizons stratégiques 2013-2018* de l'Agence de la santé publique du Canada. La *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide* est entrée en vigueur en décembre 2012 et stipule que le gouvernement du Canada doit tenir des consultations avec les ministères fédéraux pertinents, les gouvernements provinciaux et territoriaux, des ONG, et les OAN afin d'orienter l'élaboration du *Cadre fédéral de prévention du suicide*. La *Loi* reconnaît que le suicide, en plus d'être un problème de santé mentale, est un enjeu de santé publique. L'Agence de la santé publique du Canada dirige, au nom du gouvernement du Canada, l'établissement du *Cadre fédéral de prévention du suicide*.

Les travaux qu'elle réalise à l'égard de ce cadre se sont inspirés du Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS⁸. Ce plan d'action englobe des objectifs généraux visant à renforcer l'établissement de politiques et de stratégies qui traiteront de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux.

La surveillance est une activité de base de la santé publique. Selon le budget de 2013, l'Agence de la santé publique du Canada devait réaffecter deux millions de dollars en vue de l'amélioration de la collecte de données et du signalement des maladies mentales et des problèmes de santé mentale afin d'améliorer les connaissances et de privilégier la collaboration, comme le recommande la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Cette réaffectation interne était axée sur les ressources consacrées à l'établissement d'indicateurs de la bonne santé mentale ainsi qu'à l'accroissement et à l'amélioration de la surveillance des maladies mentales. Le rapport initial sur les indicateurs a été publié en janvier 2015. La composante de surveillance accrue des maladies chroniques de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques (SIMVSMC) (2005) appuie l'exécution d'activités de surveillance des maladies mentales.

Les quatre secteurs d'activité, qui sont abordés dans la présente évaluation, sont distincts l'un de l'autre et n'ont aucune structure de gouvernance commune.

1. Commission de la santé mentale du Canada – financement par Santé Canada

La CSMC est une organisation pancanadienne indépendante de santé qui est financée par Santé Canada et dont le mandat consiste à agir en qualité de point de contact national en ce qui touche les problèmes de santé mentale, et à jouer un rôle catalyseur en vue de l'amélioration du système de santé mentale et de la modification des attitudes adoptées par les Canadiens en ce qui a trait à

la santé mentale. L'objectif de la CSMC est de privilégier le changement et l'innovation au chapitre de l'organisation et de la prestation de services et de mesures de soutien en santé mentale. Ses activités devraient entraîner une vraie différence dans la vie des Canadiens atteints d'une maladie mentale ainsi que de leurs proches, de leurs fournisseurs de soins et de leurs communautés. À cette fin, la CSMC encourage la coopération et la collaboration entre les gouvernements, les fournisseurs de services de santé mentale, les employeurs, les membres de la communauté scientifique ainsi que les Canadiens atteints d'une maladie mentale, leurs proches et leurs fournisseurs de soins.

Conformément à l'entente de financement initiale, la CSMC réalise trois activités fondamentales faisant l'objet d'un financement, à savoir :

- diriger l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale;
- lancer une campagne de lutte contre la stigmatisation qui comprend notamment des volets axés sur l'éducation et la sensibilisation du public;
- créer un centre d'échange des connaissances.

*Le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* a été élaboré par la CSMC et diffusé en 2012. Les six orientations stratégiques sont les suivantes :*

1. Promouvoir la santé mentale durant toute la vie des personnes dans les maisons, les écoles et les milieux de travail, et prévenir la maladie mentale et le suicide là où il est possible de le faire;
2. Favoriser le rétablissement et le bien-être des gens de tout âge ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale, et protéger leurs droits;
3. Fournir un accès à la combinaison appropriée de services, de traitements et d'appuis, lorsque les gens en ont besoin et à l'endroit où ils en ont besoin;
4. Réduire les écarts en matière de facteurs de risque et d'accès aux services de santé mentale, et améliorer la réponse aux besoins de diverses collectivités et des gens habitant dans le Nord;
5. Collaborer avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale, et reconnaître leur situation particulière, leur culture et leurs droits distincts;
6. Mobiliser les dirigeants, améliorer les connaissances et favoriser la collaboration à tous les niveaux.

Ces orientations stratégiques englobent 26 priorités et 109 recommandations particulières. Les recommandations et les priorités stipulent que les nombreux secteurs et ordres de gouvernement doivent participer à la prise de mesures à l'égard des problèmes de santé mentale.

La campagne de lutte contre la stigmatisation *Changer les mentalités* vise à changer l'attitude et le comportement des Canadiens à l'endroit des personnes atteintes d'une maladie mentale. Elle s'attaque à la stigmatisation au sein de quatre groupes cibles principaux, à savoir les fournisseurs de soins de santé, les jeunes, les effectifs et les médias. Par conséquent, l'initiative comporte de

nombreux objectifs, qui vont de l'amélioration de la compréhension des fournisseurs de soins de santé à l'égard des besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale aux mesures visant à inciter les jeunes à parler ouvertement et positivement des maladies mentales. Finalement, la campagne *Changer les mentalités* a comme objectif de cultiver un environnement dans lequel les personnes atteintes d'une maladie mentale se sentent à l'aise de demander de l'aide, un traitement et un soutien en vue de leur rétablissement.

Le CEC de la CSMC participe à des activités de recherche et de soutien à la recherche au sein de la Commission. Il assure la diffusion au public de renseignements sur la recherche, de programmes, de lignes directrices et d'outils. Le CEC axe ses efforts sur la collaboration et l'utilisation accrue de la recherche dans le milieu de la santé mentale.

En plus de ces activités de base, la CSMC a réalisé bon nombre de projets et d'initiatives qui n'ont pas été indiqués de façon explicite dans ses accords de subvention, mais qui se rattachent aux recommandations émanant de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Il s'agissait notamment d'activités relatives à la santé mentale en milieu de travail qui se rattachaient au programme de formation Premiers soins en santé mentale, à la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* (publiée en janvier 2013), à de nouveaux domaines prioritaires, dont la prévention du suicide, et à l'élaboration de lignes directrices sur la pratique axée sur le rétablissement.

2. Société pour les troubles de l'humeur du Canada – financement par Santé Canada

La STHC est un organisme caritatif bénévole national axé sur les besoins des usagers et voué à défendre leurs intérêts et ceux des familles et des aidants naturels quant aux questions concernant la santé mentale et les maladies mentales, plus particulièrement la dépression, le trouble bipolaire et d'autres troubles de l'humeur connexes.

Dans le budget de 2012, le gouvernement du Canada a annoncé un financement pour la STHC en vue de la création du RCRID. Le RCRID a été lancé officiellement le 29 janvier 2013, lors de la conclusion d'une entente de contribution entre Santé Canada et la STHC.

Le RCRID est un réseau de collaboration pancanadien dont la mission est de créer et de partager des connaissances menant à une prévention plus efficace, au diagnostic précoce et au traitement de la dépression et des maladies connexes à la dépression. Les personnes qui œuvrent auprès du RCRID sont, entre autres, des chercheurs, des cliniciens (provenant de bon nombre de professions), des personnes ayant vécu des expériences de dépression, des familles et des soignants, des éducateurs, et des membres intéressés du public en général.

La STHC a également reçu un financement pour élaborer un programme national de formation en vue de l'intégration de l'ESPT dans la formation médicale continue à l'intention des médecins de famille et des spécialistes. Cette initiative comprend le développement de programme et l'approbation du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

3. Agence de la santé publique du Canada – promotion de la santé mentale et prévention du suicide

Le CPS agit en tant que point de contact pour la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide au sein de l'Agence de la santé publique du Canada. Il collabore étroitement avec les gouvernements et les intervenants du Canada au renforcement et à l'amélioration des environnements, notamment ceux des écoles et des milieux de travail, afin de favoriser le bien-être mental et de prévenir les maladies mentales et le suicide. Les éléments de preuve démontrent que les activités de promotion de la santé mentale, particulièrement celles à l'intention des enfants et des jeunes à risques, qui se déroulent dans des établissements précis comme les écoles qui leur enseignent des habiletés sociales et émotionnelles peuvent contribuer à la prévention des maladies mentales et du suicide ainsi qu'à l'amélioration du bien-être. Également, le CPS collabore avec le CPCMC, au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, à l'amélioration de la collecte de données sur la santé mentale ainsi que de leur analyse et de leur diffusion.

Le CPS dirige la mise au point du *Cadre fédéral de prévention du suicide*. Ce dernier orientera les efforts déployés par le gouvernement du Canada dans les six secteurs prioritaires décrits dans la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*, à savoir les suivants :

- Fournir des lignes directrices visant à sensibiliser et à informer davantage le public au sujet du suicide;
- Diffuser de l'information sur le suicide, notamment de l'information sur sa prévention;
- Rendre publiques les statistiques existantes sur le suicide et les facteurs de risques connexes;
- Promouvoir la collaboration et l'échange de connaissances entre domaines, secteurs, régions et administrations;
- Établir des pratiques exemplaires pour la prévention du suicide;
- Promouvoir le recours à la recherche et aux pratiques fondées sur des preuves pour la prévention du suicide.

Le CPS appuie la réalisation de travaux dans le cadre d'initiatives internationales axées sur la promotion de la santé mentale. De façon particulière, l'Agence de la santé publique du Canada représente le Canada au sein du groupe de dirigeants des pays responsables (Sponsoring Country Leadership Group) de l'Initiative internationale sur le leadership en santé mentale (IILSM). L'IILSM désigne un réseau d'organisations gouvernementales et non gouvernementales de huit pays qui se consacrent à l'établissement d'un leadership dans les domaines de la santé mentale et de l'abus d'alcool ou d'autres drogues au moyen du réseautage, de l'échange de renseignements et de la résolution de problèmes en vue de l'évolution de ces questions. Lors de l'édition de 2015 du Leadership Exchange, dont le Canada a été l'hôte, l'Agence de la santé publique du Canada a organisé conjointement des réunions thématiques sur la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale avec d'autres partenaires, dont la CSMC.

De plus, au cours des deux années de présidence du Canada au Conseil de l'Arctique (mai 2013 à avril 2015), l'Agence de la santé publique du Canada et les IRSC ont été les codirigeants canadiens d'une initiative de recherche sur la prévention du suicide qui visait à permettre aux communautés de l'Arctique d'apprendre l'une de l'autre sur les pratiques exemplaires en matière de promotion de la santé mentale et de résilience, et qui s'adressait particulièrement aux jeunes. Cette recherche a reçu l'appui du Danemark, de la Norvège, de la Fédération de Russie, des États-Unis et du Conseil circumpolaire inuit. La recherche indique que la prévention du suicide nécessite l'adoption de solutions adaptées à la culture, fondées sur les communautés et mises en œuvre par ces dernières, ainsi que l'établissement de partenariats de collaboration solides entre les chercheurs et les peuples indigènes.

4. Surveillance de la santé mentale et des maladies mentales – Agence de la santé publique du Canada

La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada considère l'amélioration de la collecte de données sur la santé mentale et les maladies mentales, de la recherche ainsi que de l'échange des connaissances comme l'un des six principaux piliers. En réaction, le gouvernement du Canada a réaffecté deux millions de dollars par année de 2013-2014 à 2015-16 afin d'améliorer la collecte de données et la production de rapports sur la santé mentale et les maladies mentales⁹. Le CPCMC a, quant à lui, préparé des données nationales accrues au sujet des principales populations cibles ainsi que des facteurs de protection et de risque. Ce travail a été réalisé en collaboration avec les provinces et les territoires, les autres ministères fédéraux, le milieu universitaire et des ONG pertinentes.

La collecte de données et la production de rapports ont comme objectif de présenter une vue d'ensemble nationale de la situation relative aux maladies mentales et à la santé mentale au cours du cycle de vie. Cette vue d'ensemble peut s'avérer utile pour l'ensemble des administrations et les informer au sujet des possibilités d'amélioration de l'état de santé mentale des Canadiens. Trois principaux secteurs seront examinés dans la présente évaluation.

- **Bonne santé mentale :** On a établi un ensemble de base d'indicateurs de la bonne santé mentale pour le Canada. Ces indicateurs comprennent les résultats en matière de bonne santé mentale (p. ex. le bien-être émotionnel et social), leur harmonisation avec les efforts déployés par le Groupe de travail sur la promotion de la santé mentale (GTPSM) et leur concordance avec le travail de la CSMC.
- **Maladie mentale :** On a élargi la portée du Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) afin d'effectuer un meilleur suivi de la morbidité relative aux maladies mentales et de l'impact de celles-ci. Les répercussions des troubles anxieux et de l'humeur ont fait l'objet d'une analyse par l'intermédiaire de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC). Le signalement des indicateurs de la prévalence, de l'utilisation des services de santé et de la mortalité au chapitre des maladies mentales se fait au moyen de produits tels que des rapports, des articles revus par les pairs et le *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures* ainsi que des cubes de données en ligne.

- **Surveillance liée au suicide :** Le CPCMC rend compte des cas où des personnes s'auto-infligent des blessures, se présentent à l'urgence et sont hospitalisées, de même que des suicides, ce qu'il fait par l'intermédiaire de divers produits, notamment le *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures*, des rapports et des articles revus par les pairs. Il est possible de consulter des rapports de surveillance des blessures auto-infligées et du suicide chez les personnes de tous les âges, qui présentent de nombreuses sources de données et des analyses approfondies.

3.3 Narratif du programme

Il s'agit de la première évaluation qui examine les activités concurrentes de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui ne font pas partie intégrante d'une initiative horizontale. Par conséquent, il n'y avait aucun énoncé de résultats ou modèle logique commun. Le modèle logique servant à l'orientation de l'évaluation et du narratif est fondé sur l'information découlant des objectifs de programmes, des plans opérationnels et d'autres documents ministériels. Ces travaux ont ensuite été validés par le groupe de travail chargé d'évaluer la santé mentale et les maladies mentales, qui est composé de représentants des quatre secteurs d'activité.

Le résultat attendu à long terme pour les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada se traduit par l'intégration de telles activités fondées sur des éléments de preuve dans des programmes et des politiques au sein des secteurs.

Les secteurs d'activité et les résultats englobent les produits de connaissance, les données et les systèmes de surveillance ainsi que les réseaux, la collaboration et la mobilisation. Les résultats immédiats attendus de ces activités sont l'accroissement du développement de produits de connaissance et de l'accès à ces derniers, l'accroissement de la sensibilisation à l'égard des questions liées à la santé mentale, aux maladies mentales et à la prévention du suicide, l'amélioration des systèmes de contrôle et de surveillance de la santé mentale et des maladies mentales, et l'établissement de partenariats stratégiques. On prévoit que le dénouement positif de ces résultats immédiats améliorera la collaboration et la coordination sur le plan des activités relatives à la promotion de la santé mentale et aux maladies mentales, de même que la planification et l'élaboration de politiques et de programmes mettant en évidence la connaissance à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales. Les politiques et les programmes qui sont axés sur des pratiques fondées sur des éléments de preuve pourront encore mieux améliorer la santé mentale des Canadiens et la vie des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats attendus est illustré dans le modèle logique (annexe 1). L'évaluation appréciera la mesure dans laquelle les résultats visés auront été atteints au cours de sa période d'exécution.

3.4 Harmonisation et ressources du programme

En finançant la CSMC et la STHC pour le RCRID, Santé Canada a comme objectif de stimuler le changement au sein du système de santé mentale. Cet objectif est harmonisé avec les travaux réalisés par Santé Canada par rapport aux Priorités du système de santé (sous-programme 1.1.1), selon lesquelles Santé Canada « travaille en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes nationaux et internationaux, les fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants afin de concevoir et de mettre en œuvre des méthodes novatrices, d'améliorer la reddition de comptes, de respecter les priorités en matière de santé et de répondre aux besoins des Canadiens en services de santé »¹⁰. Ce sous-programme est l'un des deux qui appuient le programme Politique du système de santé canadien (programme 1.1), qui, lui, aborde le résultat stratégique 1, à savoir Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens.

Les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre desquelles divers secteurs et ordres de gouvernement s'attaquent aux lacunes au chapitre des connaissances en santé mentale et de la conception d'outils sont harmonisées avec les travaux de l'Agence de la santé publique du Canada quant à l'établissement de communautés en santé (sous-sous-programme 1.2.2.2.). Les travaux visent à améliorer la capacité des communautés d'améliorer la santé de la population canadienne. Le sous-sous-programme se rattache au sous-programme élargi de l'Agence de la santé publique du Canada qui traite des conditions favorisant une vie saine (sous-programme 1.2.2), qui vise à « améliorer la santé des Canadiens tout au long de leur vie en faisant la promotion d'un développement mental, social et physique positif, et en favorisant le développement de communautés en santé »¹¹. La santé mentale, les maladies mentales et la surveillance du suicide sont harmonisées avec le sous-programme Prévention des maladies chroniques (non transmissibles) et des blessures (sous-programme 1.2.3), qui, lui, vise à améliorer l'utilisation des éléments de preuve dans la prise de décisions à l'égard des politiques et des programmes touchant les maladies chroniques. Le sous-programme fait le suivi des blessures, des maladies chroniques, de leurs facteurs de risque ainsi que des inégalités connexes, analyse les risques pour la santé publique et détermine les mesures prioritaires. Tous les travaux propres à la santé mentale, aux maladies mentales et à prévention du suicide sont harmonisés avec le programme 1.2, à savoir Promotion de la santé et prévention des maladies, et avec le résultat stratégique *Protéger les Canadiens et les aider à améliorer leur santé*.

Les renseignements financiers des années 2010 à 2015 ont été recueillis et vérifiés par les secteurs de programme et le Bureau du dirigeant principal des finances. Le tableau 1 présente les dépenses réelles effectuées pour les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada au cours des années 2010-2011 à 2014-2015. Les secteurs d'activité ont été regroupés en fonction de la composante du portefeuille de la Santé ayant procédé au financement.

Tableau 1 : Données financières et dépenses réelles liées au programme

Année		Ressources du programme (en \$)			
		S et C	F et E	SALAIRES	TOTAL
2010-2011	Agence de la santé publique du Canada	0	272 594	605 702	878 297
	Santé Canada	15 000 000	0	168 000	15 168 000
2011-2012	Agence de la santé publique du Canada	0	164 225	443 600	607 825
	Santé Canada	15 000 000	0	172 000	15 172 000
2012-2013	Agence de la santé publique du Canada	0	46 119	487 335	533 454
	Santé Canada	15 218 117	0	178 000	15 396 117
2013-2014	Agence de la santé publique du Canada	0	1 261 016	1 320 819	2 581 835
	Santé Canada	16 272 532	0	174 000	16 446 532
2014-2015	Agence de la santé publique du Canada	0	784 219	1 274 755	2 058 974
	Santé Canada	16 311 240	0	183 000	16 494 240
TOTAL		77 801 889	2 528 172	5 007 211	85 337 273

4.0 Description de l'évaluation

4.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvre la période d'avril 2010 à mars 2015 et est axée uniquement sur l'examen des subventions versées par Santé Canada à la CSMC et à la STHC ainsi que les activités de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, et les systèmes de surveillance de la santé mentale et des maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada. La collecte de données pour la présente évaluation s'est terminée en juillet 2015.

Les programmes de bien-être mental de la DGSPNI de Santé Canada n'ont pas été pris en compte pour la présente évaluation. Les activités suivantes de l'Agence de la santé publique du Canada ont également été exclues de la portée de la présente évaluation : investissements sur le plan de la promotion de la santé mentale dans le cadre de la Stratégie d'innovation, activités liées à la santé mentale des enfants et des parents financées dans le cadre du PACE, du PCNP et du PAPACUN, surveillance de la violence envers les enfants, et activités touchant les maladies neurologiques. Ces activités et programmes ont été abordés dans d'autres évaluations.

Les questions de l'évaluation étaient en harmonie avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq éléments fondamentaux sous les thèmes de la pertinence et du rendement, comme l'indique l'annexe 3. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme; ce sont ces questions qui ont guidé le processus d'évaluation.

Dans le cadre de la présente évaluation, on a utilisé une approche fondée sur les résultats pour évaluer les progrès accomplis par rapport aux résultats attendus, les conséquences inattendues, le cas échéant, et les leçons apprises.

L'évaluation a été conçue et les méthodes de collecte de données, déterminées de façon à respecter les objectifs et les exigences de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor. Le modèle non expérimental utilisé s'inspire du cadre d'évaluation, qui présente de façon détaillée la stratégie d'évaluation adoptée pour ces activités.

Les activités de collecte de données ont eu lieu de janvier à juillet 2015. Diverses méthodes ont été employées pour le recueil des données nécessaires à l'évaluation, à savoir une revue de la littérature, un examen de documents et de dossiers, un examen des données financières, une analyse internationale ainsi que la réalisation d'une enquête auprès des intervenants et d'entrevues après d'informateurs clés internes et externes. L'annexe 3 contient plus de détails sur les méthodes de collecte et d'analyse de données. Pour les besoins de l'analyse des données, on a procédé à la triangulation des renseignements recueillis à l'aide des différentes méthodes susmentionnées. On a eu recours à diverses sources de données et à la triangulation pour veiller à ce que les constatations et les conclusions découlant de l'évaluation soient aussi fiables et crédibles que possible.

4.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des résultats et des conclusions. Le tableau 2 présente les restrictions avec lesquelles il a fallu composer lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour les besoins de la présente évaluation. Il est aussi question des stratégies d'atténuation mises en place pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance en vue de l'orientation de la planification des programmes et de la prise de décision.

Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation

Contrainte	Incidence	Stratégie d'atténuation
Les entrevues auprès d'informateurs clés sont de nature rétrospective.	Les entrevues offrent un point de vue sur les événements antérieurs. Elles peuvent influencer sur la validité de l'évaluation des activités ou des résultats ayant trait aux améliorations dans le secteur de programme.	Triangulation des données d'autres sources pour corroborer l'information ou fournir de l'information supplémentaire sur les données recueillies lors des entrevues. L'examen de documents permet d'obtenir des renseignements supplémentaires sur l'organisation.
Groupes de programmes complexes, notamment dans le cas de deux personnes qui ont reçu une subvention pour leurs activités respectives.	Difficulté à recueillir les données de manière cohérente et à en rendre compte	Établissement d'un ensemble de résultats communs et d'un modèle logique. Les résultats sont présentés en fonction du secteur d'activité. Une subvention à la STHC a été évaluée en tant qu'étude de cas pour favoriser l'établissement exhaustif du rendement.
Les taux de réponse à l'enquête sont bas. 25 personnes ont répondu à l'enquête sur les produits de connaissance.	Ce taux de réponse ne peut représenter qu'un sous-ensemble de la population.	Les résultats seront présentés de manière à ce que les données ne soient pas jugées représentatives de la population, mais qu'elles ne représentent que les personnes qui ont répondu à l'enquête. L'information découlant des données d'autres sources a corroboré les constatations de l'enquête.

Contrainte	Incidence	Stratégie d'atténuation
Qualité ou quantité limitée de données financières détaillées	Capacité restreinte d'évaluer l'efficacité et les économies	On a utilisé d'autres sources d'information, notamment les entrevues auprès d'informateurs clés et l'examen de dossiers, afin de pouvoir apprécier qualitativement l'efficacité et les économies.

5.0 Constatations

La présente section présente un résumé des conclusions en fonction de deux rubriques générales :

- **Pertinence** : le besoin, les priorités et le rôle des autorités fédérales en santé mentale. Cette rubrique est fondée sur le mandat des secteurs de programme au moment de l'évaluation.
- **Rendement** : l'efficacité, l'efficience et les économies liées aux quatre secteurs de programme dans le cadre de la présente évaluation.

5.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – besoin continu du programme

Les Canadiens continuent d'être directement ou indirectement touchés par des problèmes de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale. On constate un besoin continu de promotion de la santé mentale et de réduction des répercussions négatives des maladies mentales, notamment en ce qui concerne la prise de mesures à l'égard de la stigmatisation.

Un nombre considérable de Canadiens sont directement ou indirectement touchés par des problèmes de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale. Tous les ans, un Canadien sur dix souffre d'une maladie mentale, et au cours de sa vie, un Canadien sur trois souffrira d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues¹². Sur les 4 000 Canadiens qui se donnent la mort chaque année, la plupart étaient aux prises avec une maladie mentale¹³. En 2012, 40 % des adultes au Canada voyaient un membre de leur famille connaître des problèmes de santé mentale ou affective, ou encore des problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues¹⁴.

Le fardeau que devraient faire peser les maladies mentales sur les soins de santé et l'économie au Canada est censé s'accroître. Le vieillissement de la population canadienne devrait s'accompagner d'une hausse du nombre de personnes âgées ayant une maladie mentale. D'ici 2041, on prévoit que le taux de maladie mentale chez les adultes âgés de 70 à 89 ans sera plus élevé que dans tous les autres groupes d'âge¹⁵.

La santé mentale et les maladies mentales ont une incidence directe sur l'économie canadienne, à la fois au niveau de la perte de productivité et des coûts en soins de santé. Selon le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) de l'Agence de la santé publique du Canada, en 2008, le coût direct lié aux maladies mentales au Canada s'est chiffré à près de huit milliards de dollars. Les coûts indirects liés aux maladies mentales au Canada varieraient de 11 à 50 milliards de dollars, selon les dépenses prises en compte¹⁶. Selon un rapport sur les maladies

mentales publié en 2014 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les coûts directs et indirects liés aux maladies mentales pourraient atteindre 4 % du produit intérieur brut (PIB) des pays membres de l'OCDE¹⁷. La santé mentale et les maladies mentales ont des répercussions notables sur les personnes, les familles et les communautés, y compris dans les milieux de travail. On a constaté que les problèmes de santé mentale et les maladies mentales représentaient environ 30 % des réclamations d'invalidité à court et à long terme¹⁸. On estime que les coûts liés à la perte de productivité causée par les problèmes de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale (comme l'absentéisme, le présentéisme et le roulement du personnel) se sont chiffrés en 2011 à plus de six milliards de dollars pour les entreprises canadiennes¹⁹.

Les éléments de preuve tendent à indiquer que certaines populations subissent plus souvent les conséquences des problèmes de mauvaise santé mentale et des maladies mentales. Les populations vulnérables et à risque (p. ex. les femmes, les adolescents, les aînés, les Autochtones, les sans-abri, les personnes atteintes d'une maladie chronique et celles qui s'identifient comme des lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, bispirituels ou en questionnement [LGBTBQ]) connaissent des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales dans une proportion plus forte que les autres Canadiens. Plusieurs facteurs, notamment les déterminants sociaux de la santé, ont des répercussions sur les taux plus élevés de problèmes de santé mentale ou de maladie mentale.

Différents segments de la population sont souvent touchés par différentes caractéristiques de la santé mentale et des maladies mentales. Par exemple, les femmes ont deux fois plus de risque de connaître la dépression que les hommes²⁰. Les hommes représentent 75 % des personnes qui se donnent la mort, alors que les femmes tentent de se suicider trois ou quatre fois plus souvent que les hommes²¹. L'ACSM estime que 10 % à 20 % des jeunes Canadiens sont atteints d'une maladie mentale ou d'un trouble mental²². Le suicide est la deuxième principale cause de décès chez les Canadiens âgés de 10 à 24 ans²³. Les décès par suicide chez les jeunes des Premières Nations sont de cinq à six fois plus fréquents que chez les jeunes non autochtones. Les taux de suicide chez les Inuits sont parmi les plus élevés au monde, soit 11 fois le taux national, et chez les jeunes hommes inuits, on parle de taux 28 fois supérieurs²⁴. C'est chez les hommes d'âge moyen (40 à 59 ans) que le taux de suicide est le plus élevé parmi tous les groupes d'âge, et les hommes représentent la vaste majorité (81 %) des aînés qui se suicident²⁵.

Il existe un lien solide entre les maladies chroniques et les maladies mentales. Il a été démontré que les personnes atteintes d'une maladie mentale étaient plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie ou d'une affection chronique comorbide²⁶. Également, les personnes qui ont une maladie chronique sont plus susceptibles d'être atteintes de troubles dépressifs et anxieux.

La stigmatisation liée à la santé mentale et aux maladies mentales peut marginaliser les personnes atteintes d'une maladie mentale et les membres de leur famille. Comme l'indique la campagne *Changer les mentalités* de la CSMC, la stigmatisation, qui trouve son origine dans les stéréotypes et les comportements entachés de préjugés, agit en tant qu'obstacle et réduit les démarches de demande d'aide, ce qui restreint ensuite la capacité de se rétablir. Près de 40 % des Canadiens atteints d'une maladie mentale affirment qu'ils ont subi de la discrimination ou un traitement injuste²⁷.

Le visage de la santé mentale et des maladies mentales au Canada, qui est décrit dans le document *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*²⁸ en tant qu'« ensemble fragmenté de programmes et de services », se traduit encore par différentes initiatives de prestation de services, d'application de traitements et d'élaboration de politiques auxquelles contribuent bon nombre d'intervenants²⁹. La communauté des intervenants dans les secteurs de la santé mentale et des maladies mentales regroupe de nombreux acteurs qui participent à la prise de mesures à l'égard d'un vaste éventail de questions, qui agissent à différentes échelles, y compris dans la communauté et à l'échelle nationale, qui travaillent pour des groupements de population précis (p. ex. la santé mentale chez les aînés) et qui s'attaquent à des problèmes de santé mentale précis (p. ex. les troubles anxieux et de l'humeur). La réalité fragmentée des services bénéficie d'une approche nationale.

5.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada sont harmonisées avec les ententes internationales et les priorités en vigueur du gouvernement du Canada. Les priorités sont axées sur l'amélioration du système de santé mentale canadien au moyen de l'exercice d'un leadership national et de l'établissement d'un partenariat solide en vue de la promotion de la bonne santé mentale et de la prévention des maladies mentales et du suicide.

La santé mentale a été considérée comme une priorité du gouvernement fédéral lors de la publication du document *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*³⁰ par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, et lors du financement subséquent du gouvernement fédéral en vue de la création, en 2007, de la CSMC. En avril 2015, dans le Plan d'action économique (PAE) du Canada, le gouvernement fédéral a annoncé son intention d'appuyer le renouvellement du mandat de la CSMC pour un deuxième mandat de dix ans, qui s'entamerait en 2017. De plus, la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, qui a été édictée en 2012, stipule que le gouvernement est tenu de créer un cadre fédéral de prévention du suicide en collaboration avec les partenaires et intervenants fédéraux. Le budget de 2012 a prévu l'affectation de 5,2 millions de dollars en 2012-2013 en vue d'appuyer le RCRID et de favoriser la prestation d'un cours de formation médicale continue sur l'ESPT. Le budget de 2013 a, quant à lui, prévu la réaffectation à l'interne de deux millions de dollars pendant trois ans (2013-2014 à 2015-2016) pour l'Agence de la santé publique du Canada en vue de l'amélioration de la collecte de données et de la production de rapports sur la santé mentale et les maladies mentales.

Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont mentionné dans plusieurs documents principaux de planification que la santé mentale était une priorité. En fait, dans son *Rapport sur les plans et les priorités de 2014-2015*, Santé Canada a précisé que les « Priorités du système de santé » constituaient en soi une priorité et que l'objectif du programme était de s'assurer que les Canadiens avaient accès à des services de santé rentables et de qualité par

l'exercice d'un leadership à l'échelle nationale et l'établissement de partenariats solides qui contribueraient à l'amélioration du système de santé, notamment en ce qui concerne le système de santé mentale. Le plan stratégique quinquennal (*Horizons stratégiques 2013-2018*) de l'Agence de la santé publique du Canada indique que le renforcement « des efforts de collaboration visant la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et du suicide » est une priorité de premier plan. L'une des principales activités mises en relief dans le *Rapport sur les plans et les priorités de 2014-2015* de l'Agence de la santé publique du Canada consiste à « renforcer les bases factuelles des activités de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide au moyen de l'élaboration d'outils et d'ouvrages de référence à l'intention des professionnels de la santé et d'un *Cadre fédéral pour la prévention du suicide* ».

Plusieurs activités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sont harmonisées avec ces priorités en matière de santé mentale. Pendant la période de l'hiver 2013 au printemps 2015, l'Agence de la santé publique du Canada a mené des consultations auprès de 376 organisations et personnes au sujet du *Cadre fédéral pour la prévention du suicide*, et l'élaboration de ce dernier est en cours. En réponse à la recommandation de la Stratégie en matière de santé mentale (la priorité 6.2 de la Stratégie nationale préconise l'amélioration de la collecte de données sur la santé mentale, de la recherche et de l'échange des connaissances au Canada) et au budget de 2013, l'Agence de la santé publique du Canada s'est attaquée aux lacunes liées à la collecte de données en élargissant les plateformes de données de surveillance et en participant à des activités de recherche à l'échelle internationale, notamment l'initiative du Conseil de l'Arctique, afin d'étudier les pratiques exemplaires de prévention du suicide dans les communautés circumpolaires par la promotion du bien-être mental, de l'espoir et de la résilience.

Plusieurs activités courantes de Santé Canada sont harmonisées avec sa priorité visant à contribuer à l'amélioration du système de santé en exerçant un leadership national et en établissant un partenariat solide, comme en fait foi son investissement pour la STHC en vue de la mise en place du RCRID. En mars 2014, le RCRID a lancé les carrefours sur la dépression afin de faire évoluer la recherche sur la dépression et l'ESPT. Depuis 2007, Santé Canada appuie de façon soutenue la CSMC et ses priorités consistant à favoriser le changement dans le système de santé mentale, à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale, à lutter contre le suicide, à appuyer l'éducation et la sensibilisation en matière de santé mentale, et à promouvoir la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

En mai 2013, des membres de l'Assemblée mondiale de la Santé, dont le Canada, ont officiellement fait de la santé mentale l'une de leurs priorités en adoptant le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020* de l'OMS. Les objectifs du *Plan* sont axés sur l'efficacité du leadership, les services intégrés, les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale ainsi que le renforcement des systèmes de recherche et d'information. En annonçant le lancement du *Plan d'action global pour la santé mentale*, le directeur général de l'OMS a répété qu'il n'y avait « pas de santé sans santé mentale »³¹.

Les objectifs récents de développement durable³² de l'Organisation des Nations Unies (ONU) englobent la promotion de la santé mentale et du bien-être mental, qui représente un sous-objectif de l'objectif général consistant à assurer des modes de vie sains et à promouvoir le bien-être pour tous.

Le gouvernement fédéral a des obligations en matière de santé mentale sur la scène internationale en vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH), qui stipule que les parties doivent mieux faire connaître les droits des personnes handicapées, privilégier le respect et lutter contre les stéréotypes, les préjugés et les comportements néfastes. Conformément à la CNUDPH, par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres³³. Les programmes réalisés dans le cadre de la campagne *Changer les mentalités* de la CSMC ont aidé le Canada à respecter ses obligations en vertu de la CNUDPH.

5.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a un rôle clair à jouer dans la coordination des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales, dans la collaboration à l'égard de ces activités, dans la surveillance et la recherche en matière de santé mentale, de maladies mentales et de suicide, et dans l'établissement de rapports connexes, ainsi qu'en tant que source d'information sur les pratiques exemplaires et innovantes. Les activités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sont manifestement harmonisées avec les rôles du gouvernement fédéral au chapitre de la santé mentale et des maladies mentales.

La *Loi sur le ministère de la Santé* stipule que les pouvoirs, les obligations et les fonctions du ministre concernant la santé comprennent la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population canadienne. Le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre de la promotion de la santé publique, de la prévention des risques pour la santé publique et de la surveillance de la santé est décrit dans la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*. Ses rôles plus précis sur le plan de la surveillance des maladies chroniques et des facteurs de risque, notamment en ce qui concerne la bonne santé mentale et la surveillance des maladies mentales, sont présentés dans les autorisations liées à la SIMVSMC.

Au Canada, la santé publique est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Chaque province et territoire est responsable de l'administration et de la prestation des services de soins de santé, mais le gouvernement fédéral joue un rôle au chapitre de la prestation des services de santé, notamment sur le plan des soins de santé mentale, pour les populations relevant de la compétence fédérale (détenus des pénitenciers fédéraux, membres actifs des Forces canadiennes, membres de la GRC, anciens combattants, réfugiés et immigrants, et Premières Nations et Inuits).

L'Agence de la santé publique du Canada coordonne les activités axées sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la lutte contre celles-ci, la gestion des urgences de santé publique, et le soutien à l'égard de la collaboration intergouvernementale. Le rôle que le gouvernement fédéral joue en tant que coordonnateur des mesures intergouvernementales dans le domaine de la santé mentale est exécuté dans le cadre du programme de promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada, dont le cadre duquel cette dernière

coordonne les mesures fédérales, provinciales et territoriales à l'égard de la promotion de la santé mentale, ce qui comprend, entre autres, la collaboration avec les intervenants à la mise au point de politiques et de programmes visant la promotion de la bonne santé mentale. Les informateurs clés ont signalé les avantages du rôle en matière de coordination du gouvernement fédéral au sein des administrations et souligné l'importance de créer un dialogue national sur la santé mentale et le rôle du gouvernement fédéral quant à l'assurance de la continuité de la prestation des services de santé mentale aux groupes de clients fédéraux.

Les informateurs clés ont affirmé que le gouvernement fédéral devait continuer d'exercer un leadership en matière de politiques et d'agir en tant que catalyseur dans l'élaboration d'une orientation stratégique en santé mentale. Les autres rôles pertinents du gouvernement fédéral signalés par les informateurs clés consistent à agir en qualité de courtier de connaissances et à montrer l'exemple en tant qu'employeur sur le plan de la santé mentale en milieu de travail.

Les informateurs clés ont fait observer que le rôle du gouvernement fédéral n'était pas toujours clair. Ceux de l'extérieur du gouvernement fédéral n'ont pas été clairs par rapport à la distinction entre les responsabilités des ministères fédéraux. La plupart des informateurs clés du gouvernement fédéral ont mentionné qu'ils étaient clairs par rapport au rôle de leur propre organisation sur le plan de la santé mentale et des maladies mentales, mais qu'il leur arrivait souvent de ne pas connaître précisément les rôles et les responsabilités des autres ministères. Cette situation a entraîné des difficultés quant à l'obtention de renseignements ou à la désignation des personnes-ressources concernées. Les informateurs ont signalé que l'utilisation incohérente du langage et l'absence de définitions uniformes au sujet de la santé mentale et des maladies mentales avaient parfois eu une incidence sur la communication à l'interne et à l'externe.

5.4 Rendement : Enjeu n° 4 – atteinte des résultats attendus (efficacité)

Les activités et le rendement liés aux quatre secteurs d'activité seront présentés de façon distincte. Les relations et la collaboration entre les secteurs de programme seront également abordées.

5.4.1 Dans quelle mesure la Commission de la santé mentale du Canada a-t-elle atteint ses résultats?

La CSMC a accompli efficacement les trois tâches énoncées dans son mandat de 2007, à savoir l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale, le lancement d'une campagne de lutte contre la stigmatisation et la création d'un centre d'échange des connaissances.

Adoption et utilisation de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada

La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et le cadre précédent ont été établis en tant que points de référence importants pour les organisations et les gouvernements en vue du façonnement de leurs stratégies et programmes de santé mentale.

On a entrepris des travaux aux quatre coins du pays pour répondre aux orientations stratégiques et aux secteurs prioritaires figurant dans le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Certaines recommandations ont été davantage ciblées que d'autres en vue de la prise de mesures.

Le document Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada a été publié le 8 mai 2012. Il présente l'orientation stratégique que les gouvernements et les autres intervenants doivent suivre pour améliorer le système de soins de santé mentale du Canada et, ainsi, améliorer les résultats liés à la santé mentale. Avant la diffusion de la Stratégie, un document-cadre a été publié en 2009. Ces deux documents ont été produits dans le cadre de vastes consultations avec les représentants gouvernementaux et les autres intervenants. Dans l'ensemble, la Stratégie présente 26 priorités et 109 recommandations sous six orientations stratégiques différentes.

Pour assurer l'adoption de la Stratégie, on doit voir à ce qu'elle soit accessible pour les personnes à qui elle s'adresse et celles qui pourraient en bénéficier. La Stratégie existe en version imprimée et sur le site Web de la CSMC. Une version intégrale est offerte dans les deux langues officielles. La Stratégie a été transmise à l'échelle du Canada; en fait, au cours d'une période de deux ans s'étant terminée en juin 2014, 6 828 copies intégrales (5 966 en anglais et 862 en français) et 6 650 résumés (4 575 en anglais et 2 075 en français) ont été distribués. La Stratégie est le document le plus souvent consulté sur le site Web de la CSMC. En fait, pendant la période de deux, elle a été consultée ou visualisée plus de 40 000 fois. Un résumé est offert dans les deux langues officielles ainsi qu'en cri des bois, en cri des plaines, en inuktitut et en inuinnaqtun. En vue de l'accroissement de l'accessibilité, une version adaptée intitulée *La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Une perspective axée sur les jeunes* a été diffusée en mai 2015. Cette version comprend des exemples de pratiques exemplaires et des éléments de preuve de l'application de la Stratégie. L'utilisation de la Stratégie par la communauté de chercheurs est un autre élément important de son adoption. Depuis sa diffusion, la Stratégie en matière de santé mentale a été citée plus de 20 fois dans différentes revues scientifiques canadiennes et internationales.

Les entrevues menées auprès des informateurs clés ont confirmé un intérêt à l'égard de la Stratégie. La plupart des informateurs clés connaissaient la Stratégie. Les personnes participant directement à l'élaboration de politiques ou à la prise de mesures à l'égard de la santé mentale connaissaient davantage la Stratégie que les intervenants communautaires ou ceux pour qui la santé mentale ne représentait qu'une composante de leurs responsabilités. Les personnes qui connaissaient la Stratégie l'ont décrite comme étant facilement accessible et pertinente. Certains informateurs clés ont signalé qu'ils avaient très souvent été dirigés vers la Stratégie, et la majorité d'entre eux ont pu constater comment leurs travaux étaient harmonisés avec les orientations stratégiques et même des recommandations particulières.

Les huit stratégies provinciales et territoriales en matière de santé mentale qui ont été élaborées depuis 2009 font référence à la Stratégie ou au cadre précédent. Les secteurs prioritaires des stratégies provinciales et territoriales sont harmonisés avec ceux de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Les stratégies provinciales et territoriales qui sont harmonisées avec la Stratégie témoignent de l'adoption et de l'impact de cette dernière. Ces stratégies donnent également suite à la recommandation 6.1.1 de l'orientation stratégique 6, soit « Mobiliser le leadership, améliorer les connaissances et favoriser la collaboration ». Sur les 12 stratégies (le Yukon ne dispose pas de stratégie territoriale), neuf abordent les toxicomanies ou y font référence. La question de la séparation entre la santé mentale et les toxicomanies a été soulevée par certains représentants provinciaux et territoriaux, surtout ceux dont l'administration était harmonisée de près avec la santé mentale et les toxicomanies. La CSMC a reconnu la nécessité de collaborer plus étroitement avec le CCLT, ce qui a été considéré par le personnel de la CSMC comme un secteur propice à la réalisation d'activités futures.

Les provinces et les territoires ont les champs de compétence en matière de services de santé mentale, mais des ministères fédéraux ont également des responsabilités auprès de certaines populations du pays. Ces populations comprennent notamment les détenus des pénitenciers fédéraux. Le Service correctionnel Canada, en collaboration avec la CSMC et les ministères provinciaux et territoriaux chargés des services correctionnels, a diffusé la *Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada*. Cette dernière concorde avec les buts et les principes figurant dans le document *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. D'autres ministères souhaitent collaborer avec la CSMC à l'orientation, à l'élaboration ou à la mise à jour de cadres et de stratégies traitant de la santé mentale au sein de leurs populations respectives.

La majorité des recommandations de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada vont au-delà de la portée du gouvernement fédéral et, en particulier, du mandat de Santé Canada ou de l'Agence de la santé publique du Canada. La Stratégie se veut une stratégie nationale, et non pas une stratégie fédérale. Par conséquent, les autres administrations, les ministères et des ONG sont intervenus dans l'accomplissement des recommandations. Dans l'ensemble, la Stratégie a contribué à l'évolution des priorités principales liées à la santé mentale et aux maladies mentales. Toutefois, comme le démontre le tableau 3, la plupart des mesures prises jusqu'à ce jour étaient axées sur les orientations stratégiques 1 (promotion et prévention), 3 (accès aux services) et 6 (leadership et collaboration). L'adoption et l'exécution de la Stratégie sont facultatives et ne font pas l'objet d'une surveillance. Le tableau 3 est fondé sur les renseignements recueillis lors de l'évaluation et peut ne pas représenter l'ensemble des mesures prises dans le cadre de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Les renseignements disponibles étaient insuffisants pour définir les répercussions des initiatives ou déterminer si celles-ci abordaient pleinement les recommandations.

Tableau 3 : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (*Changer les orientations, changer des vies*) – Harmonisation des initiatives des intervenants avec les orientations stratégiques³⁴

Secteur concerné, orientations stratégiques et priorités	Nombre de recommandations par priorité	Initiatives de la CSMC		Initiatives provinciales et territoriales		Secteur des ONG	
		Nombre et pourcentage de recommandations abordées dans le cadre des initiatives de la CSMC		Nombre et pourcentage de recommandations abordées dans le cadre des initiatives provinciales et territoriales		Nombre et pourcentage de recommandations abordées par le secteur des ONG	
Orientation stratégique 1 : Promotion et prévention							
Priorité 1 – Sensibilisation, prévention et réduction de la stigmatisation	5	5	100 %	4	80 %	4	80 %
Priorité 2 – Santé mentale des bébés, des enfants et des jeunes	4	3	75 %	2	50 %	1	25 %
Priorité 3 – Milieux de travail favorables à la santé mentale	2	2	100 %	1	50 %	1	50 %
Priorité 4 – Santé mentale plus tard au cours de l'existence	3	1	33 %	1	33 %	0	0 %
Total	14	11	79 %	8	57 %	6	43 %
Orientation stratégique 2 : Rétablissement et droits							
Priorité 1 – Virage dans la politique : rétablissement et bien-être	7	5	71 %	4	57 %	4	57 %
Priorité 2 – Participation des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale et de leur famille	2	2	100 %	2	100 %	2	100 %
Priorité 3 – Droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale	5	3	60 %	3	60 %	3	60 %
Priorité 4 – Système de justice pénale : surreprésentation des personnes qui se retrouvent dans le milieu carcéral et soutien à leur endroit	5	2	40 %	4	80 %	3	60 %
Total	19	12	63 %	13	68 %	12	63 %
Orientation stratégique 3 : Accès aux services							
Priorité 1 – Rôle accru des soins de santé primaires	5	5	100 %	5	100 %	5	100 %
Priorité 2 – Disponibilité et coordination des services dans la communauté	5	3	60 %	5	100 %	5	100 %
Priorité 3 – Accès pour les personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de santé mentale graves ou complexes	7	6	86 %	3	43 %	2	29 %
Priorité 4 – Reconnaissance du soutien par les pairs	3	3	100 %	1	33 %	1	33 %
Priorité 5 – Accès au soutien du revenu, à l'aide à l'emploi, à l'aide à l'éducation et au logement	5	2	40 %	4	80 %	4	80 %
Total	25	19	76 %	18	72 %	17	68 %

Secteur concerné, orientations stratégiques et priorités	Nombre de recommandations par priorité	Initiatives de la CSMC		Initiatives provinciales et territoriales		Secteur des ONG	
		Nombre et pourcentage de recommandations abordées dans le cadre des initiatives de la CSMC		Nombre et pourcentage de recommandations abordées dans le cadre des initiatives provinciales et territoriales		Nombre et pourcentage de recommandations abordées par le secteur des ONG	
Orientation stratégique 4 : Écarts et diversité							
Priorité 1 – La santé mentale en tant que volet des conditions globales de vie et résultats en matière de santé	3	3	100 %	2	67 %	2	67 %
Priorité 2 – Accès pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés	5	5	100 %	3	60 %	2	40 %
Priorité 3 – Difficultés dans les communautés du Nord et éloignées	7	2	29 %	1	14 %	0	0 %
Priorité 4 – Réponse aux besoins des collectivités de langues officielles minoritaires	2	2	100 %	2	100 %	2	100 %
Priorité 5 – Besoins précis en matière de santé mentale liés au genre et à l'orientation sexuelle	4	0	0 %	2	50 %	2	50 %
Total	21	12	57 %	10	48 %	8	38 %
Orientation stratégique 5 : Premières Nations, Inuits et Métis							
Priorité 1 – Ensemble coordonné de services de bien-être mental destinés aux Premières Nations et offerts par celles-ci	5	4	80 %	1	20 %		0 %
Priorité 2 – Ensemble coordonné de services de bien-être mental destinés aux Inuits et offerts par ceux-ci	5	4	80 %	1	20 %		0 %
Priorité 3 – Renforcement de la capacité des Métis d'améliorer la santé mentale et les services	5	1	20 %	0	0 %		0 %
Priorité 4 – Amélioration des mesures prises à l'égard des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux complexes des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui vivent en milieu urbain ou rural	3	1	33 %	0	0 %		0 %
Total	18	10	56 %	2	11 %	0	0 %
Orientation stratégique 6 : Leadership et collaboration							
Priorité 1 – Coordination des politiques au sein des gouvernements et des secteurs	3	3	100 %	2	67 %	1	33 %
Priorité 2 – Collecte de données, recherche et échange des connaissances	5	3	60 %	3	60 %	4	80 %
Priorité 3 – Ressources humaines en santé mentale	2	0	0 %	2	100 %	2	100 %
Priorité 4 – Rôle de leadership joué par les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale et leur famille	2	2	100 %	1	50 %	1	50 %
Total	12	8	67 %	8	67 %	8	67 %

Les entrevues menées auprès des informateurs clés ont démontré des préoccupations à l'égard de la nature élargie de la Stratégie ainsi que de l'absence d'acteurs responsables clairement identifiés en vue de la mise en application des recommandations. Les aspects positifs et négatifs de l'absence de secteurs de responsabilité ont été signalés. Certains informateurs ont fait remarquer que les administrations avaient la liberté de déterminer ce qui était le plus important pour leurs résidents, puis d'agir en conséquence. D'autres informateurs ont estimé que le flou était un problème où on ne sélectionnait que les changements les plus faciles à apporter en vue de la prise de mesures et où il n'y avait aucun organisme principal désigné pour la coordination des efforts.

Les informateurs clés ont soulevé des préoccupations selon lesquelles la Stratégie ne comportait aucun plan d'exécution et où le gouvernement fédéral disposait de moyens d'action restreints pour la mettre en œuvre. La CSMC n'a aucune ressource qu'elle peut mettre à la disposition des administrations en vue de l'application de recommandations particulières, situation que vivent également Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Cette situation a été considérée par de nombreux intervenants en tant qu'obstacle à la mise en place intégrale de la Stratégie.

Cela étant dit, la CSMC a canalisé ses efforts vers la mise en œuvre de la Stratégie dans quelques secteurs de premier plan. Ces secteurs comprennent notamment la santé en milieu de travail, les lignes directrices en matière de rétablissement et l'élaboration d'indicateurs. La CSMC appuie et réalise le programme Premiers soins en santé mentale (PSSM) Canada en réponse à la recommandation 1.1.3 (accroître la compréhension des gens à l'égard de la façon de reconnaître les problèmes de santé mentale et les maladies mentales, de la façon d'avoir du soutien, au besoin, et de la façon d'obtenir de l'aide pour d'autres personnes). Ce programme, qui a été adapté à partir des programmes de PSSM en Australie et en Écosse, est une initiative de recouvrement des coûts de la CSMC. Cependant, son impact et son efficacité ne s'inscrivent pas dans la portée de la présente évaluation. Un programme précis de PSSM du Nord a été mis au point, et l'apport de modifications est en cours pour les Premières Nations, les Inuits, les aînés et les anciens combattants ainsi que leur famille.

La création de milieux de travail favorables à la santé mentale est un secteur prioritaire (1.3) de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. La *Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* (la « Norme ») a été diffusée en 2013. Elle a été élaborée par l'Association canadienne de normalisation et le Bureau de normalisation du Québec, et financée par la CSMC. Les représentants de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada ont fait partie du comité technique chargé d'élaborer la *Norme*, tout comme d'autres partenaires des secteurs privé et public. La *Norme* est un ensemble volontaire de lignes directrices, d'outils et de ressources axés sur la promotion de la santé psychologique des employés et la prévention des préjudices psychologiques associés à des facteurs propres au milieu de travail. Elle a été élaborée dans le contexte d'un large corpus d'ouvrages scientifiques des secteurs de la santé et de la sécurité en milieu de travail, du droit, et des sciences sociales. En tant qu'employeur le plus important au Canada, le SCT, par l'entremise d'un groupe de travail mixte et en collaboration avec l'Alliance de la Fonction publique du Canada, étudie la possibilité d'adopter la *Norme* dans les milieux de travail fédéraux. Certains ministères fédéraux (p. ex. la GRC et le Service canadien du renseignement de sécurité [SCRS]) et gouvernements provinciaux

(p. ex. le Manitoba et la Nouvelle-Écosse), et certaines entreprises du secteur privé (p. ex. Bell, Enbridge et la Great-West) participent à une étude de cas sur l'exécution de la *Norme*. Certaines organisations et certains ministères (dont Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada) se consacrent à l'application de la *Norme*, mais ne participent pas à l'étude de cas. Le projet de recherche de l'étude de cas se terminera en janvier 2017 et permettra de connaître les pratiques prometteuses, les difficultés, les obstacles, les coûts et les répercussions propres à la mise en œuvre de la *Norme*. Étant donné que la *Norme* est facultative, il n'y a aucun mécanisme en place en vue du suivi de son exécution à plus grande échelle.

Les autres mesures prises par la CSMC en vue du soutien de la priorité 1.3 comprennent notamment la conception de deux programmes, à savoir « The Working Mind » et le Soutien aux aspirants travailleurs en matière d'emploi. Les partenaires en santé mentale participent également aux initiatives de santé mentale en milieu de travail au moyen de la campagne « Je ne me reconnais pas ».

La plus grande importance accordée aux milieux de travail favorables à la santé mentale vise à faire en sorte que les effectifs soient en meilleure santé sur le plan mental, à diminuer le nombre de demandes de prestations d'invalidité liée à la santé mentale ou la durée de la période connexe, et à accroître la productivité.

Campagne de lutte contre la stigmatisation

La campagne de lutte contre la stigmatisation *Changer les mentalités* a démontré que des progrès avaient été réalisés au chapitre de la prise en main de la stigmatisation au sein de quatre populations ciblées (jeunes, professionnels de la santé, effectifs et médias).

Pour la CSMC, la stigmatisation s'entend des « attitudes négatives et des comportements qui en découlent »³⁵. La stigmatisation est source de peur et de désinformation, colle des étiquettes aux gens, et perpétue les stéréotypes. Plus de 60 % des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale ne demandent pas l'aide dont elles ont besoin, et la stigmatisation dont elles sont victimes en est l'une des grandes raisons.³⁶

La campagne de lutte contre la stigmatisation *Changer les mentalités* cible la stigmatisation chez les jeunes et les professionnels de la santé, au sein des effectifs ainsi que dans les médias. Les programmes et les modèles de lutte contre la stigmatisation qui existent déjà au sein de ces populations ont été revus, les facteurs de réussite communs ont été établis, et des trousseaux d'outils et des ressources ont été déployés en vue d'une application à plus grande échelle.

Plus de cent partenaires ont participé à la ronde initiale regroupant 78 projets de recherche et de changement de comportement. Les projets se sont déroulés dans huit provinces et un territoire. Ceux qui ont entraîné une réduction de la stigmatisation doivent se reproduire à plus grande échelle. La mesure de la réduction de la stigmatisation s'est faite par l'application d'échelles d'acceptation sociale, qui ont été administrées avant et après l'intervention. Les principaux éléments des projets efficaces de lutte contre la stigmatisation englobent des séances fondées sur le contact en compagnie de personnes ayant vécu une expérience, la répétition des messages au moyen de nombreuses sources et l'enseignement par les pairs.

En novembre 2014, la CSMC a lancé LA TÊTE HAUTE, une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation chez les jeunes. En fait, 132 étudiants provenant de l'ensemble des provinces et des territoires ont participé au sommet national. Ils ont depuis organisé 28 sommets régionaux. Plus de 5 000 champions étudiants ont assisté à ces sommets. Les champions étudiants devaient faire connaître les activités et les messages sur la lutte contre la stigmatisation à la population de leurs écoles respectives. On prévoit que les messages de la campagne LA TÊTE HAUTE rejoindront 100 000 étudiants canadiens d'ici la fin de 2015. On ne dispose pas encore des données réelles.

La stigmatisation perçue par les fournisseurs de soins de santé est un obstacle pour les personnes qui ont une mauvaise santé mentale ou une maladie mentale et qui veulent obtenir de l'aide, mais le nombre de projets de lutte contre la stigmatisation ciblant ce problème est restreint. Par contre, la campagne *Changer les mentalités* a permis de constater que 13 programmes avaient entraîné une amélioration du comportement des fournisseurs de soins de santé. Ces programmes comportaient souvent un élément de formation axée sur des compétences, englobaient une mesure incitative à la participation, comme l'attribution de crédits de formation continue, ou se rattachaient précisément à une certaine maladie. En outre, les programmes ayant donné de bons résultats ont été intégrés dans le cursus universitaire des ergothérapeutes (Université de l'Alberta), des infirmières psychiatriques (Université de Brandon), des pharmaciens (Université Dalhousie, Université Memorial et Université de la Saskatchewan) et des médecins (Université de Calgary). Les travaux réalisés dans le cadre de la campagne *Changer les mentalités* ont influé sur les documents traitant de la lutte contre la stigmatisation produits par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées pour les fournisseurs de soins de santé.

L'évaluation des campagnes de lutte contre la stigmatisation en milieu de travail en est encore à ses balbutiements, mais la CSMC a été en mesure de déterminer certains éléments nécessaires à la réussite des initiatives. L'un des éléments les plus importants se traduit par le soutien des cadres supérieurs à l'égard des initiatives de lutte contre la stigmatisation. Cette étape est facilitée par la reconnaissance des répercussions potentielles des maladies mentales ainsi que de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. La réduction de la stigmatisation est un volet de la *Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*.

Les initiatives de lutte contre la stigmatisation dans les médias ont été différentes de celles visant les autres populations cibles. Les intervenants de la campagne *Changer les mentalités* ont collaboré avec les médias canadiens afin de mieux informer les journalistes au sujet des problèmes de santé mentale et de l'importance d'éviter le recours à une terminologie propice à une stigmatisation ainsi qu'à des hypothèses susceptibles de perpétuer des idées fausses. Une ressource médiatique pour les journalistes, à savoir *En-tête : Reportage et santé mentale*, a été lancée en avril 2014 dans le cadre d'un contrat conclu avec le Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. La CBC, partenaire médiatique principal, a joué un rôle actif dans l'acceptation de cette initiative par les journalistes. Le projet *En-tête* s'adresse aux journalistes affectés aux reportages généraux et aux rédacteurs en chef étant donné que leurs histoires peuvent exercer une influence notable sur la perception du public. Le guide et le site Web connexe présentent des ressources et des conseils pratiques aux médias. La CBC, le *Globe and Mail*, Radio-Canada et Groupe CNW Ltée (CNW) (société de diffusion de communiqués canadienne) appuient tous cette ressource et ont contribué à son élaboration et à sa promotion. De plus, dans le cadre de la campagne *Changer les mentalités*, on effectue une étude sur la

surveillance des reportages des médias dans le cadre de laquelle on examinera les articles jusqu'à la fin de 2015. En analysant plus de 11 000 articles de journaux en français et en anglais de 2005 à 2011, des chercheurs de l'Université McGill ont constaté que 40 % des articles canadiens avaient associé de façon négative le crime, la violence et le danger aux maladies mentales, alors que les traitements, le rétablissement ou la réadaptation n'avaient été abordés que dans 18 % à 19 % des cas. Des exemples émanant de cet examen des articles sont mis en relief dans le guide *En-tête* afin de démontrer des cas de stigmatisation implicite et explicite. Grâce au soutien de journalistes reconnus du Canada à l'égard de cette initiative, le guide *En-tête* vise à changer la façon dont la santé mentale et les maladies mentales sont abordées dans les médias, et, par conséquent, à réduire la stigmatisation dont souffrent les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

La campagne *Changer les mentalités* est reconnue en tant que pratique exemplaire à l'échelle internationale. En 2015, la CSMC a reçu le *Prix de l'innovation* de l'Association mondiale de psychiatrie lors de la conférence internationale *Ensemble dans la lutte contre la stigmatisation*. Également, la CSMC a créé en 2012 l'Alliance mondiale contre la stigmatisation et elle participe à des activités d'échange des connaissances ainsi qu'à l'échange de pratiques exemplaires avec d'autres pays membres, dont le Royaume-Uni, la Suède et l'Australie.

Bon nombre des intervenants interrogés ont signalé que la contribution la plus grande et la plus importante de la CSMC s'était traduite par le changement de ton par rapport à la santé mentale et l'accroissement de l'acceptabilité de la tenue d'un débat public à ce sujet. Les informateurs clés ont déclaré que la CSMC avait préparé le terrain pour les campagnes de lutte contre la stigmatisation et fourni des occasions pour la tenue d'autres campagnes. Les intervenants ont souligné qu'il était peu probable que des campagnes nationales de lutte contre la stigmatisation aient eu lieu avant la création de la CSMC. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une relation de cause à effet, les intervenants étaient d'avis que la CSMC était à la source du climat de changement qui avait fait évoluer la sensibilisation à l'égard des problèmes de santé mentale, notamment la stigmatisation.

En plus des campagnes de la CSMC qui ont été axées sur quatre groupes précis, plusieurs autres initiatives canadiennes ont eu lieu en vue de la prise en main de la stigmatisation liée aux maladies mentales. L'une des initiatives les plus importantes est la campagne *Bell Cause pour la cause*, qui a été lancée en septembre 2010 par Bell Canada. Cette campagne met l'accent sur la possibilité de parler ouvertement et sans crainte des maladies mentales et de la santé mentale. De plus, elle a permis de verser des subventions à des hôpitaux, à des universités et à des organismes communautaires en vue de la réalisation d'initiatives de santé mentale. Depuis la création de cette campagne, les Canadiens ont signalé des changements sur le plan de la sensibilisation et des attitudes à l'égard de la santé mentale. Selon un sondage réalisé en septembre 2015 par Nielsen Consumer Insights au sujet de la campagne *Bell Cause pour la cause*, 57 % des répondants ont signalé une réduction de la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale depuis 2010, tandis que 81 % ont déclaré qu'ils étaient plus sensibilisés à ces problèmes³⁷. Bien que ces résultats ne puissent s'expliquer uniquement par une campagne précise en raison du nombre élevé d'initiatives et d'activités qui se sont déroulées au cours de la même période, ils témoignent des résultats positifs qui découlent des efforts combinés de tous les intervenants en vue de la réduction de la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale.

Un autre élément de la sensibilisation à l'égard de la stigmatisation se traduit par la capacité de collecter des données représentatives de la population quant à la stigmatisation à laquelle font face les personnes ayant des problèmes de santé mentale. La CSMC et Statistique Canada ont conçu un module sur la stigmatisation qui a été intégré dans un échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2010. Le module a ensuite été reproduit dans la version intégrale de l'ESCC en 2012. La disponibilité de ces données en 2016 servira de plan de référence et facilitera la surveillance et l'évaluation des campagnes ciblées de lutte contre la stigmatisation. Ces démarches visant à mesurer la stigmatisation permettent au Canada de s'acquitter de ses obligations en matière de surveillance en vertu de la CNUDPH.

Centre d'échange des connaissances

Le CEC de la CSMC a élaboré et diffusé des documents de recherche clés en lien avec les orientations stratégiques énoncées dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Cette mesure a entraîné un accès accru aux produits de connaissance sur la santé mentale et les maladies mentales.

Les principaux objectifs du CEC consistent à faciliter l'acquisition et la mobilisation de connaissances factuelles au sein de la communauté de la santé mentale, et à tirer parti des pratiques exemplaires et prometteuses à l'échelle du pays. La CSMC exécute des travaux de recherche à l'interne et dans le cadre de contrats conclus avec des partenaires. On a souvent recours à la collaboration des partenaires en vue de la diffusion des résultats de travaux de recherche à plus grande échelle. Le CEC est membre de divers réseaux au Canada qui sont axés sur la collaboration interorganisations et l'échange de pratiques exemplaires et prometteuses. Il collabore également avec le Conseil consultatif et le Conseil des jeunes de la CSMC.

Il appuie les initiatives de la CSMC, y compris la *Norme*. Tous les projets de la CSMC englobent un plan d'échange des connaissances, notamment des éléments axés sur les médias sociaux. Pour améliorer la capacité d'échange des connaissances des autres membres de la communauté de la santé mentale, le CEC a élaboré le programme de formation « Soutien de la promotion de la recherche et des connaissances activées » (SPARK) afin d'aider les participants à mettre en application la recherche et les connaissances fondées sur des données probantes. Ce programme a été exécuté à trois reprises au Canada et a été reproduit en Suède et en Nouvelle-Zélande. Les participants au programme ont reçu l'appui de conseillers en vue de la création et de l'exécution de plans de travail axés sur l'échange des connaissances.

Selon une enquête sur l'engagement et les produits de connaissance qui a été réalisée, 46 % des répondants (n = 25) ont déclaré que la CSMC était l'une de leurs trois principales sources d'information. Les revues spécialisées sont arrivées au premier rang des sources d'information consultées (83 %). De nombreux intervenants ont précisé également que la CSMC fournissait une bonne source d'information pour un large éventail de sujets. D'autres intervenants étaient d'avis que le dossier de la recherche de la CSMC avait permis à celle-ci de s'approprier un auditoire plus large et qu'elle avait peut-être accru l'adoption de l'information.

Certaines initiatives récentes du CEC étaient axées sur la mise au point de lignes directrices pour les familles et les fournisseurs de soins ainsi que sur le soutien à l'égard de l'établissement d'un centre multiculturel de ressources en santé mentale. Elles respectent les recommandations 2.1.6 et 4.2.2 de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

Le CEC a entrepris un projet de données prévoyant la publication au début de 2015 d'un ensemble initial d'indicateurs de la santé mentale pour le Canada. Cette initiative satisfait à la priorité 6.2 de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, qui consiste à « améliorer la collecte de données, la recherche et l'échange de connaissances partout au Canada », et, en particulier, à la recommandation 6.2.1, qui est de « recueillir les données relatives au premier groupe d'indicateurs et en faire rapport au public, tout en élaborant un cadre pour la collecte et la communication de données complètes en ce qui a trait aux résultats à plus long terme ». Les 13 premiers indicateurs ont été diffusés en janvier 2015 dans le rapport « Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada » et, au cours des trois premiers mois, ils ont été consultés près de 5 000 fois sur le site Web de la CSMC. Au printemps de 2015, 42 autres indicateurs ont été publiés. Le premier groupe d'indicateurs a été diffusé au cours de la même semaine que celle où l'Agence de la santé publique du Canada a publié une infographie intitulée « Mesurer la santé mentale positive au Canada ». De plus amples renseignements sur les travaux relatifs aux indicateurs de l'Agence de la santé publique du Canada seront présentés dans la section 4.4.3 de la présente évaluation. Il y a eu une certaine confusion chez les intervenants par rapport au chevauchement de ces initiatives, d'autant plus que la surveillance est l'un des rôles principaux de l'Agence de la santé publique du Canada. Par contre, le personnel de la CSMC et de l'Agence de la santé publique du Canada n'ont pas considéré qu'il s'agissait là d'une préoccupation étant donné que les deux organisations avaient chacune un mandat différent. À titre d'exemple, la CSMC s'est penchée sur le rendement du système, ce qui n'est pas la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada.

Plus de la moitié des répondants à l'enquête (n = 25) connaissaient le rapport « Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada ». Lors des entrevues, certaines préoccupations ont été soulevées par rapport au caractère adéquat des indicateurs précis. Cependant, le projet de données a été jugé utile pour l'établissement des lacunes touchant la surveillance, surtout dans le cas des enfants, des jeunes et des Autochtones du Canada. Huit autres indicateurs liés à la santé mentale des Premières Nations, des Inuits et des Métis seront diffusés à une date ultérieure.

5.4.2 Dans quelle mesure les résultats découlant du RCRID de la STHC ont-ils été atteints?

Le RCRID a réalisé des progrès au chapitre de l'établissement de carrefours de recherche à l'échelle du pays et s'est consacré à l'intégration de l'expérience de personnes ayant vécu une expérience dans le processus de recherche.

Le but du RCRID était d'élaborer de nouvelles approches de prévention et de traitement de la dépression et de l'ESPT en établissant de nouveaux liens et en assurant une cohésion au sein de la communauté de la recherche en santé mentale du Canada ainsi qu'entre les divers fournisseurs de services et les personnes atteintes de l'une ou l'autre de ces maladies.

Le RCRID a créé une série de carrefours sur la dépression pour les Maritimes, le Canada central, l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec. Il continue de s'étendre et, plus récemment, il a ajouté un carrefour pour les Autochtones afin de combler les besoins de cette population. Des produits de connaissance et de recherche, et une formation connexe ont été offerts lors de la conférence annuelle du RCRID et dans le cadre de séances de formation régionales à l'intention des chercheurs et des personnes ayant vécu une expérience. Les conférences nationales annuelles du RCRID mettent en relief la capacité de ce dernier d'établir des partenariats officiels ainsi que des mécanismes d'échange de renseignements. Plusieurs activités qui se déroulent dans les carrefours régionaux ont été mises en évidence lors de la conférence de 2015. De façon particulière, l'Ontario Depression Network a présenté ses activités d'échange des connaissances qui englobaient notamment des réunions de consultation des patients et des familles, des activités d'éducation publique, des présentations théoriques, des ateliers, et la conception de sites Web.

Au moment de la rédaction de la présente évaluation, l'élaboration du plan de viabilité du RCRID n'était pas encore terminée. Cependant, beaucoup de travaux avaient été réalisés et avaient entraîné la mise au point d'un plan de viabilité provisoire qui a été achevé et transmis aux carrefours aux fins d'examen.

Le RCRID en est à l'étape initiale de son développement, mais il a réalisé des progrès sur le plan du déploiement d'efforts permanents, soutenus et coordonnés à l'égard de la dépression et de l'ESPT. Le comité consultatif national sur les carrefours sur la dépression a établi cinq priorités de recherche en vue de la réalisation de travaux futurs. Les voici :

- Élaborer et exécuter une méthode de collecte normalisée de données cliniques sur les clients, et assurer un soutien et un portail sur la santé mentale au moyen d'applications pour téléphone intelligent;
- Données volumineuses : établir une capacité globale de saisie de données afin d'intégrer les données régionales dans une grande base de données;
- Favoriser une meilleure compréhension des maladies comorbides liées à la dépression (p. ex. les maladies du cœur et le diabète);
- Voies de traitement : concevoir des stratégies visant à aider les clients, les familles et les fournisseurs de soins en leur offrant des outils qui leur permettront d'avoir accès à des soins en temps utile;
- Recherche sur la prévention du suicide.

Bien que la grande majorité des travaux du RCRID visant à améliorer le réseau de santé mentale, les outils et les stratégies de prévention, de réduction, de diagnostic et de traitement de la dépression et de l'ESPT soient en cours, un volet de ces travaux (c'est-à-dire l'inclusion de personnes ayant vécu une expérience dans le processus de recherche) a été mis en œuvre avec succès. L'ensemble des informateurs clés ayant participé aux activités du RCRID ont félicité la STHC pour cette mesure d'inclusion. Les chercheurs et les personnes ayant vécu une expérience étaient d'avis que les démarches de collaboration avaient été mutuellement avantageuses.

Peu de renseignements sur le rendement permettent de déterminer la mesure dans laquelle le RCRID a pu renforcer ses réseaux de collaboration et améliorer l'échange de renseignements entre les intervenants. Les éléments de preuve qualitatifs présentés par les personnes interrogées et les répondants à l'enquête sur la conférence ont démontré que le RCRID avait contribué à l'amélioration de la collaboration et de la coordination au sein du réseau de santé mentale.

5.4.3 Dans quelle mesure les résultats de l'Agence de la santé publique du Canada ont-ils été atteints?

Éléments de preuve de l'amélioration des systèmes de surveillance de la santé mentale et des maladies mentales

Les travaux réalisés récemment par l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre de la surveillance de la bonne santé mentale et appuyés par le Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie ont permis de combler une lacune en matière de données, et ils complètent la surveillance accrue des maladies mentales et du suicide.

Depuis 2013, les activités de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales se sont accrues de manière à englober la bonne santé mentale. Il a donc fallu établir un cadre d'indicateurs et des ensembles de données, en fonction d'une compréhension commune des principes sous-jacents de base. Ces travaux ont été dirigés par l'Agence de la santé publique du Canada et appuyés par le Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie. L'Agence de la santé publique du Canada a consulté le GTPSM du Réseau de santé publique (RSP) du Comité directeur pour des personnes et des communautés en santé (CDPCS). Les travaux réalisés par l'Agence de la santé publique du Canada sur le plan du cadre d'indicateurs ont été jugés innovateurs à l'échelle internationale. Un article sur le processus décrivant la mise au point du cadre d'indicateurs et des mesures sera publié en 2016 dans le document *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*. Le cadre s'étend à l'échelle individuelle, familiale, sociétale et structurale, et il met d'abord l'accent sur les mesures pour les adultes en raison de la disponibilité des données.

L'infographie « Mesurer la santé mentale positive au Canada » a été diffusée en janvier 2015. Selon une enquête distincte menée au sujet de la publication de cette infographie, plus de 75 % des répondants (n = 70) ont convenu de l'efficacité de la transmission de l'information. Également, les deux tiers des répondants ont confirmé que l'infographie était pertinente par rapport à leurs travaux. Les répondants ont fait remarquer que la présentation visuelle jouait un rôle utile en tant que ressource d'enseignement et qu'elle rappelait l'importance de la bonne santé mentale. Les personnes interrogées qui connaissaient l'infographie « Mesurer la santé mentale positive au Canada » étaient satisfaites de la facilité avec laquelle se faisait la transmission de l'information. L'intégration de statistiques liées aux directives de consommation d'alcool à faible risque a été interprétée de façon positive.

Les intervenants externes ont exprimé une certaine inquiétude par rapport au chevauchement entre plusieurs indicateurs de l'infographie qui figuraient également dans le document sur les indicateurs de la CSMC. On a eu recours aux mêmes sources de données, mais leur compte rendu a été quelque peu différent. Il pourrait en découler une certaine confusion. La diffusion de l'infographie « Mesurer la santé mentale positive au Canada » n'a pas été coordonnée avec celle du projet des indicateurs de la CSMC. L'Agence de la santé publique du Canada et la CSMC connaissaient les autres projets, mais les dates de publication n'ont été ni communiquées ni coordonnées. La CSMC a plus tard transmis l'infographie de l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire de ses comptes de médias sociaux et, par conséquent, elle a accru la portée de l'information. La diffusion des produits de la CSMC a tendance à être plus complexe que celle des produits de l'Agence de la santé publique du Canada. La CSMC a organisé une conférence de presse à l'Economic Club en vue de la diffusion du premier ensemble d'indicateurs, alors qu'il n'y a eu aucun communiqué de presse ou avis au sujet de l'infographie « Mesurer la santé mentale positive au Canada ». Cette situation peut avoir eu des répercussions sur la connaissance de l'infographie.

L'Agence de la santé publique du Canada a entrepris la surveillance de la santé mentale pour plusieurs années. Il arrive encore souvent que des personnes consultent le rapport *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006* sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada. En 2014-2015, le rapport a été consulté 25 661 fois, ce qui représente une augmentation notable (plus de 500 %) par rapport à 2010-2011, alors qu'il a été consulté à 4 483 reprises. Cette hausse est encore plus remarquable si on tient compte du fait que l'information est susceptible d'être maintenant désuète. Le nombre de visites du site Web de l'Agence de la santé publique du Canada ne s'est pas accru au même rythme au cours de la période de cinq ans. Les intervenants étaient généralement d'avis que ce rapport avait contribué à mieux faire comprendre et connaître la santé mentale et les maladies mentales, notamment dans le cas de la définition de la bonne santé mentale.

À la fin des travaux d'élaboration, en 2010, l'Agence de la santé publique du Canada a étendu le SNSMC de manière à y intégrer la surveillance des troubles mentaux, dont les troubles anxieux et de l'humeur. Le SNSMC est un réseau de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance dans lesquels on trouve des données administratives sur la santé, notamment les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux. Le *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015* a été publié en juillet 2015. Les données sur les troubles mentaux qui figurent dans le SNSMC tiennent compte de ces troubles chez les enfants et les adolescents, car elles sont fondées sur des données administratives plutôt que sur des données autodéclarées. Le rapport met en valeur l'importante sollicitation du système de soins de santé pour des services de santé mentale³⁸. Le *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2015* devrait être publié d'ici la fin de 2015.

L'EPMCC de 2014 a été financée et élaborée par l'Agence de la santé publique du Canada, et réalisée par Statistique Canada. L'élaboration du questionnaire de l'Enquête s'est entamée en 2013. L'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada ont collaboré étroitement à la mise au point du contenu. L'EPMCC de 2014 est une enquête transversale menée à titre de suivi de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013. Elle fournit des renseignements sur les effets des troubles anxieux et de l'humeur sur les Canadiens ainsi que sur la façon dont les personnes atteintes et les professionnels de la santé les gèrent. En juillet 2015, le rapport *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : Points saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada 2014* a été publié à partir des données de l'EPMCC de 2014. Il a été affiché sur le site www.canadiensensante.gc.ca. Par contre, il n'y a eu aucun communiqué de presse à ce sujet. Au moment de l'évaluation, un ensemble d'articles étaient en cours de rédaction aux fins de leur publication en 2016 dans la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*.

Certaines personnes interrogées à l'interne et à l'externe ont souligné que l'Agence de la santé publique du Canada pouvait être plus sensible à la diffusion de renseignements opportuns sur la santé mentale. Le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada a fait savoir que celle-ci étudiait diverses techniques en vue de transmettre de l'information plus rapidement. Ces efforts comprennent notamment le recours à des cubes de données et à des points saillants. Il est important de mentionner que la surveillance des maladies chroniques comporte un délai inévitable entre la collecte de données et leur communication; en fait, cette période peut s'étendre sur cinq longues années.

L'Agence de la santé publique du Canada collabore avec les provinces et les territoires ainsi que les partenaires fédéraux à la progression de la surveillance de la santé mentale et des maladies mentales. Le Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie englobe d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales nationales qui se consacrent à la collecte et à la gestion de données sur la santé mentale et la toxicomanie, notamment la CSMC, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). On a consulté ce groupe tout au long de l'établissement du cadre d'indicateurs au sujet de la bonne santé mentale. Les conseils du Comité avisier sur la surveillance de la santé mentale et des maladies mentales, de même que l'intervention du Groupe de travail du SCSMC sur les maladies mentales et du Comité scientifique du SCSMC ont contribué à l'étendue de ce dernier. Également, l'Agence de la santé publique du Canada collabore avec le groupe de travail chargé de la collecte et de la gestion de données sur la surveillance du suicide, dont font partie des ministères fédéraux. Ces travaux favorisent la collecte de données sur le suicide. On reconnaît que les taux de suicide sont sous-estimés, et il existe des écarts au sein des provinces et des territoires sur le plan du type de renseignements recueillis et communiqués.

Les intervenants ont bien accueilli l'étendue de la surveillance de la santé mentale, des maladies mentales et du suicide par l'Agence de la santé publique du Canada, mais ils ont tout de même détecté des lacunes. La non-disponibilité de données sur les enfants et les jeunes a été considérée comme une source de préoccupation même si l'étendue récente du SCSMC vise à s'y attaquer. L'Agence de la santé publique du Canada a réalisé des travaux en collaboration avec Statistique Canada afin d'intégrer la santé mentale en tant que composante de l'enquête sur la santé des enfants qui aura lieu en 2016. Un autre secteur désigné par les intervenants est la collecte de

données sur les services de santé mentale auprès des centres de santé communautaires. Étant donné que les maladies mentales ne sont pas toujours traitées dans un hôpital ou ne le sont pas du tout, les données administratives prennent probablement la forme de taux sous-estimés de prévalence et de traitement. Il y a également des difficultés liées aux codes de diagnostic pertinents qui s'appliquent aux données administratives. L'Agence de la santé publique du Canada travaille à la comparaison de nombreuses sources de données et à l'interprétation des données de façon à contribuer à la prise de décision sur la santé publique. Citons à titre d'exemple la publication « Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data »³⁹.

Dans l'ensemble, les mesures de surveillance de la bonne santé mentale et des maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada satisfont à l'orientation stratégique 6 de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et, en particulier, à la priorité 6.2, qui consiste à « améliorer la collecte de données, la recherche et l'échange de connaissances sur la santé mentale dans tout le Canada ». Les systèmes de surveillance et de contrôle sont plus aptes à assurer un suivi de la santé mentale, des maladies mentales, du suicide et des facteurs de risque et de protection au Canada.

Promotion de la santé mentale et prévention du suicide

La participation de l'Agence de la santé publique du Canada à des activités internationales et nationales a permis de faire progresser les priorités en matière de promotion de la santé mentale qui mettent en évidence la valeur de la promotion de la santé mentale et la bonne santé mentale. Il reste toutefois fort à faire pour obtenir une compréhension commune de la santé mentale par rapport aux maladies mentales.

Bien qu'on reconnaisse que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladies mentales, le domaine de la santé mentale est encore associé de très près à la prestation de services de santé mentale pour des personnes atteintes d'une maladie mentale. On comprend de mieux en mieux la valeur de la promotion de la santé mentale dans le cadre de l'ensemble de soins de santé mentale alors que l'on constate un accroissement des éléments de preuve au sujet du rôle d'une intervention précoce dans l'amélioration de la santé mentale et la prévention des maladies mentales. La promotion de la santé mentale peut comprendre l'accroissement des compétences d'adaptation personnelles et la résilience des personnes dans différents établissements, dont les écoles et les lieux de travail.

L'Agence de la santé publique du Canada travaille à renforcer les capacités à l'interne et à l'externe, à améliorer l'expertise sur le plan de la promotion de la santé mentale, et à accroître l'attention prêtée à l'importance de la bonne santé mentale. Elle a collaboré étroitement avec la CSMC à l'intégration de la promotion de la santé mentale dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. L'orientation stratégique 1 est axée sur la promotion de la santé mentale d'un bout à l'autre de l'existence. Le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada a également participé aux activités du Comité technique sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail, qui collabore à l'élaboration de la *Norme*. L'objectif primaire de la *Norme* se traduit par la promotion de la santé mentale.

Les travaux réalisés sur la scène internationale par l'Agence de la santé publique du Canada ont également accru la visibilité de la promotion de la santé mentale. Le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS (2013-2020) comprend un objectif qui se rattache à la promotion de la santé mentale et il en élargit la portée au-delà des maladies mentales de manière à tenir compte de la santé mentale et de sa promotion. Les travaux exécutés par l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre des indicateurs de bonne santé mentale sont considérés comme une pratique exemplaire internationale et ils contribueront à illustrer les progrès réalisés par le Canada en ce qui a trait au plan d'action complet.

L'Agence de la santé publique du Canada collabore avec les provinces et les territoires par l'entremise du GTPSM du CDPCS du RSP. Le GTPSM a élaboré et exécuté un plan de travail approuvé par le Conseil du RSP. Les objectifs du plan de travail consistent à faire progresser la promotion de la santé mentale au sein des secteurs en mobilisant les intervenants de la santé et des services sociaux, et en leur fournissant des outils et des ressources, et à améliorer la surveillance et la collecte de données en vue de mieux comprendre la santé mentale au Canada. Les travaux collectifs du GTPSM ont été difficiles, en partie en raison de la compréhension différente à l'égard de la promotion de la santé mentale, ce qui a compliqué l'adoption d'une approche commune. De plus, différentes structures de gouvernance provinciales et territoriales se rattachent à la santé mentale. Dans certaines administrations, ces structures regroupent la toxicomanie, alors que dans d'autres, la promotion de la santé mentale est jumelée aux services sociaux. Cette situation peut avoir une incidence sur l'orientation et la portée des travaux réalisés par le Groupe de travail.

Au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, la promotion de la santé mentale englobe la production de messages sur la bonne santé mentale. Ces messages ont été élaborés et ont fait l'objet d'un projet pilote en 2012, après quoi ils ont été diffusés dans le cadre d'une grande campagne de sensibilisation du public. Il est maintenant possible de les consulter sur le site Web de « Canadiens en santé ».

L'Agence de la santé publique du Canada a également financé un projet axé sur la santé mentale des aînés. Ce projet englobait la mise à jour des guides sur la santé mentale à l'intention des aînés et de leur famille ainsi que la conception de modules d'éducation permanente permettant aux pharmaciens d'aborder plus facilement les questions de santé mentale avec leurs clients. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a reçu un financement en vue de diriger le projet. Pharmaprix agit en qualité de premier partenaire du secteur privé pour la distribution des guides. Bien que l'éducation permanente soit facultative, Pharmaprix incite l'ensemble des pharmaciens de son réseau d'établissements à participer à cette formation et à encourager la distribution continue des guides.

Bon nombre des programmes communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale des participants. Les programmes qui traitent de l'isolement social ou des habiletés d'adaptation appuient solidement la promotion de la santé mentale. Ces secteurs de programme n'interagissent pas toujours l'un avec l'autre ou avec ceux qui jouent un rôle à l'égard des questions élargies de la promotion de la santé mentale. Ces programmes pourraient servir de moyens d'action solides en vue de la mise en valeur de documents, notamment des messages sur la bonne santé mentale, ou de l'étude de pratiques exemplaires et d'innovations sur le plan de la promotion de la santé mentale. Il n'existe pas de définition clairement comprise ou uniforme de la promotion de la santé mentale ou de la bonne santé mentale entre les différents secteurs de programme.

À l'Agence de la santé publique du Canada, des documents (p. ex. le plan stratégique provisoire « Diagnostique ») favorisent l'exploitation de ressources et de programmes en place en vue de la promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies mentales. Cependant, les personnes interrogées ont fait observer que l'Agence de la santé publique du Canada et le portefeuille élargi de la Santé n'avaient pas une vision claire des travaux liés à la santé mentale. Bien que les activités et les priorités puissent se rattacher à la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, il n'y a aucune indication claire quant à une orientation globale pour le portefeuille de la Santé ou au lien entre les rôles et responsabilités de l'organisation et un objectif à long terme.

La mobilisation des ministères fédéraux concernés et des intervenants externes de l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre de l'élaboration du *Cadre fédéral de prévention du suicide* a été jugée utile et a été considérée comme une excellente occasion d'échanger des renseignements, en plus de favoriser une collaboration accrue.

La mise au point du *Cadre fédéral de prévention du suicide* se fait conformément à la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, qui a été adoptée en 2012. La *Loi* comporte six axes d'intervention, à savoir :

1. Fournir des lignes directrices visant à sensibiliser et à informer davantage le public au sujet du suicide;
2. Diffuser de l'information sur le suicide et sa prévention;
3. Rendre publiques les statistiques existantes sur le suicide et les facteurs de risque connexes;
4. Promouvoir la collaboration et l'échange de connaissances entre domaines, secteurs, régions et administrations;
5. Définir les pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide;
6. Promouvoir le recours à la recherche et aux pratiques fondées sur des preuves pour la prévention du suicide.

L'élaboration du *Cadre* a entraîné la tenue de consultations publiques. Le nombre de répondants s'est chiffré à 376. De ce nombre, 111 personnes représentaient des organisations, alors que les 265 autres sont intervenues à titre individuel. Dans l'ensemble, la rétroaction découlant de la consultation avec les participants a permis de constater qu'un leadership s'imposait en vue de la coordination des efforts segmentés de prévention du suicide qui sont déployés actuellement au

Canada. On a également consulté les provinces et les territoires dans le cadre des travaux de mise au point du *Cadre*.

Les échanges avec les ministères fédéraux concernés se sont déroulés dans le cadre de discussions ou de réunions bilatérales. Selon l'ensemble des intervenants des ministères fédéraux interrogés lors de cette évaluation, l'Agence de la santé publique du Canada a fait preuve d'une très grande collaboration lors des travaux d'élaboration du *Cadre*. Les partenaires fédéraux ont signalé que les versions préliminaires du *Cadre* illustraient bien leurs commentaires et leurs suggestions. Certains partenaires ont déclaré que l'Agence de la santé publique du Canada avait appliqué des niveaux adéquats de sensibilisation. Par contre, certains groupes externes (p. ex. les OAN) auraient pu participer plus tôt au processus de consultation. On a aussi consulté d'autres organisations qui représentaient des populations marginalisées, comme les LGBTBQ. Les partenaires fédéraux ont apprécié les possibilités d'échange de renseignements sur les activités continues et de discussion au sujet des priorités de recherche futures. Ils ont fait part de leur intérêt à l'égard de la poursuite de la consultation des autres ministères ainsi que de l'échange de renseignements et de la coordination des activités de recherche en vue de la progression des travaux au chapitre de la prévention du suicide.

En vertu de la *Loi*, le *Cadre* ne vise pas à remplacer les stratégies ou les cadres en place qui ont été mis en œuvre par les provinces, les territoires, les communautés et les organisations autochtones. Six provinces et un territoire ont actuellement leurs propres stratégies de prévention du suicide. Le *Cadre* présentera les priorités en vue de l'harmonisation avec les activités fédérales dans la prévention du suicide et de l'amélioration de la collaboration entre le gouvernement fédéral et les autres intervenants, y compris les ONG, les organisations autochtones, le secteur privé et les provinces et territoires. À l'extérieur du cadre des exigences de la *Loi*, de nombreux informateurs clés (internes et externes) ont dit souhaiter que le *Cadre* se rattache à une mesure importante qui améliorerait les efforts en matière de prévention du suicide au Canada. La suggestion la plus souvent entendue se traduit par l'établissement d'une ligne prioritaire de prévention du suicide au pays qui serait accessible à partir de toutes les régions au Canada et qui mettrait les personnes en détresse en contact avec le centre de crise le plus près de chez elles.

Le *Cadre* sera harmonisé essentiellement avec le premier rapport global de 2014 sur la prévention du suicide de l'OMS, à savoir *Prévention du suicide – L'état d'urgence mondial*⁴⁰. Il comprendra bon nombre des stratégies et des approches recommandées par l'OMS, notamment la surveillance et l'amélioration de la qualité des données, l'accroissement de la sensibilisation et la réduction de la stigmatisation, la mobilisation des intervenants, de même que la réalisation d'initiatives d'évaluation et de recherche. D'autres stratégies et approches recommandées qui englobent les services de santé et l'accès aux moyens de se suicider relèvent des provinces et des territoires.

L'Agence de la santé publique du Canada copréside une initiative de collaboration nationale sur la prévention du suicide avec la CSMC et l'ACPS. Cette initiative regroupe des ONG, des chercheurs, des OAN, des ministères du portefeuille de la Santé et des représentants du secteur public afin d'accroître la capacité des bonnes mesures de prévention du suicide en rassemblant des gens, des idées et des ressources à l'échelle pancanadienne. Santé Canada, les IRSC et le CCLT sont membres du comité directeur. L'initiative de collaboration ne se rattache pas directement à l'élaboration du *Cadre*, mais elle donne l'occasion d'échanger des idées et de coordonner les activités.

De plus, la CSMC a entamé un dialogue national sur la prévention du suicide par l'intermédiaire de la campagne #308 conversations. Cette initiative visait à tenir d'ici la fin d'août 2015 une réunion communautaire sur la prévention du suicide dans les 308 circonscriptions du Canada. En juillet 2015, 43 conversations ont eu lieu dans huit provinces. Ces conversations visaient à accroître la sensibilisation du public et à établir les pratiques exemplaires ou les lacunes caractérisant chaque communauté. La CSMC produira un rapport sur les résultats des conversations qui orientera ses futurs travaux de prévention du suicide dans les communautés. Ces travaux ont été jugés complémentaires à la mise au point du *Cadre* étant donné que l'Agence de la santé publique du Canada de la santé publique du Canada ne participe actuellement pas à des activités communautaires.

Dans l'ensemble, la mesure de santé publique axée sur la prévention du suicide a reçu un solide appui de tous les informateurs clés. Les travaux liés à l'élaboration du *Cadre* ont été considérés comme une approche de collaboration fructueuse. On a estimé qu'il était primordial de veiller à la surveillance continue de l'exécution du *Cadre* et d'en rendre compte (et de rendre compte des progrès relatifs aux activités prévues), aux termes de la *Loi*, pour en assurer la réussite. De nombreux informateurs clés ont fait la comparaison entre ces exigences et le manque de responsabilisation dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Ils étaient d'avis que l'exigence selon laquelle des rapports semestriels devaient être produits permettrait de faire évoluer les travaux de prévention du suicide. Un peu comme dans le cas de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, aucune nouvelle ressource n'a été attribuée en vue de la mise en œuvre du *Cadre*.

5.4.4 Dans quelle mesure des partenariats ont-ils été conclus et des initiatives de collaboration, mises en place?

La CSMC et l'Agence de la santé publique du Canada ont conclu des partenariats solides avec divers ministères, des organisations et des secteurs. Les deux organisations ont également agi en tant que bons partenaires l'une par rapport à l'autre et ont contribué à faire évoluer l'atteinte des objectifs mutuels.

Les objectifs initiaux de la CSMC consistaient en partie à travailler en partenariat avec d'autres groupes en vue d'informer la population canadienne au sujet de la santé mentale. La CSMC a comme mission de faciliter, de permettre et de soutenir une approche nationale des questions de santé mentale. Les initiatives examinées dans le cadre de la présente évaluation ont toutes englobé de vastes partenariats. Il existe différents niveaux de mobilisation dans les partenariats, qu'il s'agisse de projets conjoints comportant des objectifs communs ou bien de l'intervention

des partenaires en vue de la mise en œuvre ou du soutien des mesures de prestation de programmes. La CSMC fait appel aux partenaires de tous les niveaux de mobilisation. À titre d'exemple, des milliers de partenaires des quatre coins du pays participent à la réalisation du programme PSSM et à la surveillance de son exécution.

La CSMC est reconnue par les intervenants en tant que facilitateur solide, et sa capacité de regrouper les gens a été reconnue comme l'un des aspects les plus importants de sa création. Comme son mandat ne se limite pas à une question de santé mentale ou à une population précise, on a estimé qu'elle était en mesure de regrouper les organisations et de parler au nom de tous les Canadiens. L'une des questions qui ont été soulevées lors de la collecte de données se traduit par la possibilité qu'il y ait une concurrence par rapport aux ressources financières étant donné le nombre élevé d'organisations qui se consacrent aux dossiers de la santé mentale à l'échelle nationale, régionale et communautaire. On croit que le rôle que la CSMC joue en tant que facilitateur permet de regrouper ces différentes organisations de façon cohésive. Un autre avantage propre au rôle de facilitateur de la CSMC est l'attention que cette dernière prête à la question de la santé mentale. De plus, les personnes interrogées étaient d'avis qu'il y avait une plus grande ouverture à l'égard des discussions sur la question depuis la création de la CSMC. Selon certains des informateurs clés interrogés, d'autres initiatives de santé mentale comme la campagne *Bell Cause pour la cause* n'auraient pas été possibles sans la CSMC puisque celle-ci a créé au Canada le climat propice à la discussion publique sur la santé mentale.

Grâce à ses diverses initiatives et approches, la CSMC a pu s'engager avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. En fait, en 2014-2015, sept membres du conseil d'administration de la CSMC sur 19 représentaient des gouvernements provinciaux ou territoriaux. Pour la mise en place de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, la CSMC a créé un groupe de référence provincial et territorial. Ce groupe a contribué aux consultations et à l'élaboration de la stratégie nationale. Un groupe consultatif panterritorial a facilité l'établissement et l'implantation dans le Nord des PSSM. Ce groupe a reçu l'appui des trois gouvernements territoriaux. Les gouvernements provinciaux se consacrent à l'application de la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*. De façon particulière, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse participent à l'étude de cas en vue de son exécution. Les gouvernements provinciaux ont fait part de leur soutien à l'égard des mesures de lutte contre la stigmatisation de la campagne *Changer les mentalités*. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a coparrainé la tenue d'un atelier régional afin de soutenir la campagne LA TÊTE HAUTE. Ces exemples de mesures de collaboration et de partenariats de la CSMC avec les gouvernements provinciaux et territoriaux démontrent les liens entre les priorités de cette dernière et celles des autres ordres de gouvernement.

La CSMC a des défis semblables à ceux de l'Agence de la santé publique du Canada en ce qui concerne les différentes structures de gouvernance propres à la santé mentale. Selon les répondants, la CSMC négociait directement avec les ministères de la Santé, ce qui aurait pu exclure les autres ministères se consacrant à la promotion de la santé mentale ou à d'autres volets de la santé mentale et des maladies mentales.

Au cours des cinq dernières années, il y a eu quelques initiatives de collaboration de premier plan qui comportaient des objectifs particuliers et qui ont fait évoluer la coordination des efforts en matière de santé mentale. Ces initiatives comprennent notamment l'intervention du Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie ainsi que la collaboration nationale sur la prévention du suicide. Les consultations méthodologiques menées par l'Agence de la santé publique du Canada à propos des indicateurs de la bonne santé mentale ont été citées en tant qu'excellent exemple de partenariat et de collaboration. Le Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie était responsable de l'atteinte des objectifs initiaux liés aux coproduits et aux diffusions coordonnées. Par contre, cela ne s'est pas concrétisé jusqu'à ce jour. Comme il a été mentionné précédemment, la diffusion des résultats des travaux liés aux indicateurs par l'Agence de la santé publique du Canada et la CSMC au cours de la même semaine de janvier 2015 a été considérée comme incohérente et propice à la confusion.

Au chapitre de la collecte de données, les informateurs clés ont souligné qu'il y avait souvent des réserves de données. Les organisations recueillent des renseignements pour leurs besoins et leurs populations ciblées, mais les besoins plus importants en matière de données ne sont pas pris en compte ou compris. La mise en place de mesures de collaboration en matière de données a été considérée comme un ajout positif, et on espère qu'elles continueront de favoriser l'harmonisation et la coordination des initiatives de collecte de données au sein des administrations. Ce peut être particulièrement important pour la collecte de données dans le cas des communautés des Premières Nations où les données sont limitées. On considère qu'il est essentiel de disposer de données fiables sur les décès liés au suicide afin de mieux comprendre le suicide au Canada. Les membres du groupe de travail interministériel sur les données de travail sur la surveillance du suicide proviennent de l'Agence de la santé publique du Canada (président), de Santé Canada, des IRSC, de Statistique Canada, de l'ICIS, du ministère de la Défense nationale, d'Anciens Combattants Canada et du Service correctionnel du Canada. Ils collaborent à l'échange de renseignements et d'une expertise afin de combler les lacunes sur le plan de la surveillance du suicide. Les ministères fédéraux ayant des responsabilités par rapport à des populations précises ont également réalisé différentes activités de recherche et de surveillance au chapitre du suicide. À titre d'exemple, Anciens Combattants Canada, le ministère de la Défense nationale et Statistique Canada ont collaboré à maintes études qui ont permis de mieux comprendre le suicide chez les anciens combattants, notamment l'Enquête sur la transition à la vie civile (2010), l'Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes (2011), et l'Enquête sur la vie après le service militaire (2013).

Depuis la création de la CSMC, le partenariat qu'elle a conclu avec l'Agence de la santé publique du Canada ne cesse d'évoluer et il est actuellement positif et solide. L'Agence de la santé publique du Canada a participé à la mise au point de la Stratégie nationale et elle appuie l'établissement des orientations stratégiques qui se rattachent à la collecte de données et à la promotion de la santé mentale. La CSMC et l'Agence de la santé publique du Canada ont toutes les deux signalé l'existence de relations de travail positives à tous les échelons. Il y a eu quelques cas de manque de communication, surtout en ce qui concerne la diffusion de rapports de données ou le moment de la divulgation de communiqués de presse. La CSMC a eu recours à sa portée élargie pour favoriser la diffusion de produits de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada, en particulier l'infographie « Mesurer la santé mentale positive au Canada ».

La DGPS de Santé Canada agit en tant qu'agent de liaison principal à l'échelle fédérale avec la CSMC. Cette relation a évolué au cours de l'exécution du mandat initial de la CSMC, et, au cours des dernières années, Santé Canada a assumé un rôle plus proactif dans ses relations avec la Commission. La CSMC est une organisation indépendante dont les exigences en matière de production de rapports sont énoncées dans l'entente de financement. Les exigences sont mises à jour de façon régulière et appuient la mobilisation ministérielle, le cas échéant. De plus, la DGPS soutient le représentant de Santé Canada et le sous-ministre délégué, Paul Glover, au sein du conseil d'administration de la CSMC.

D'autres ministères fédéraux interagissent également avec la CSMC, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada au sujet de la santé mentale et des maladies mentales. Les ministères clés comprennent notamment le ministère de la Défense nationale et Anciens Combattants Canada (pour les questions liées aux membres actuels et anciens des forces armées), Emploi et Développement social Canada (pour les questions relatives aux aînés [Agence de la santé publique du Canada]) ainsi que le sans-abrisme et la santé mentale en milieu de travail [CSMC]), le Service correctionnel du Canada, et le SCT (pour les questions touchant la santé mentale en milieu de travail).

En vertu de la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, l'Agence de la santé publique du Canada a consulté les ministères fédéraux concernés, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que des ONG afin de contribuer à l'établissement du *Cadre*. Les ministères ayant participé à l'élaboration du *Cadre* comprennent notamment le ministère de la Défense nationale, Anciens Combattants Canada, le Service correctionnel du Canada, Citoyenneté et Immigration Canada, la GRC, Statistique Canada, Transports Canada, Justice Canada, Emploi et Développement social Canada, le SCT, Santé Canada et les IRSC. Les informateurs clés ont fait remarquer que les partenariats avaient fait progresser l'atteinte des objectifs mutuels et étaient profitables pour leurs organisations respectives.

La DGSPNI de Santé Canada collabore avec la CSMC et l'Agence de la santé publique du Canada à la gestion des dossiers de la santé mentale et du bien-être mental des Autochtones. La CSMC reconnaît qu'elle pourrait en faire plus pour les organisations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Elle déploie donc des efforts en vue d'améliorer la liaison avec les OAN. La DGSPNI a appuyé cette mesure. Également, elle a participé à l'élaboration de l'orientation stratégique 5 au sujet des priorités en matière de santé mentale des Premières Nations et des Inuits. L'Agence de la santé publique du Canada travaille en partenariat avec la DGSPNI à la gestion des données sur le suicide, en plus d'avoir fait participer les OAN à la mise au point du *Cadre fédéral de prévention du suicide*.

Du côté du portefeuille de la Santé, les IRSC désignent le principal bailleur de fonds de la recherche dans le domaine de la santé mentale. Ils versent chaque année plus de 50 millions de dollars en fonds. Les personnes interrogées ont mentionné que les priorités liées à ce financement n'étaient pas coordonnées de façon précise avec les autres partenaires de la santé. Cependant, elles sont généralement harmonisées avec les orientations stratégiques de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

Dans l'ensemble, les intervenants externes et internes n'étaient pas toujours clairs quant aux rôles et aux responsabilités au sein du portefeuille de la Santé au chapitre de la santé mentale et des maladies mentales. Bon nombre des personnes interrogées entretenaient des relations avec les différents ministères, mais certaines ont affirmé qu'il pourrait y avoir une meilleure coordination au sein du portefeuille de la Santé et du gouvernement fédéral. Une préoccupation a été exprimée quant à la possibilité qu'il y ait un risque de chevauchement des efforts. Selon les personnes préoccupées, un meilleur partage des pratiques exemplaires serait avantageux.

Plusieurs ministères fédéraux ont appuyé la création d'une communauté de pratique ou d'un carrefour pour ceux parmi eux qui se consacrent aux dossiers de la santé mentale. On a jugé qu'il était important de regrouper les décideurs et les chercheurs en vue de l'échange de renseignements, de ressources et de pratiques exemplaires. Bien que les ministères fédéraux prennent en charge des populations précises ayant des besoins uniques, on estime qu'il y a suffisamment de similarités pour qu'un carrefour de ce genre soit pratique pour l'ensemble de la communauté fédérale.

Au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, les rôles des deux principaux centres chargés de la santé mentale sont clairement établis. De plus, le personnel comprend bien que le CPCMC est responsable de la surveillance et des données, alors que le CPS est chargé de la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide. Il y a à l'interne une bonne communication et une bonne collaboration entre les centres. L'importance de la coordination des priorités en matière de recherche a été mise de l'avant par le personnel et la direction; en fait, cette coordination contribue à réduire le risque de chevauchement entre les questions de santé mentale.

De l'avis des intervenants, le chevauchement des responsabilités entre l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada méritait qu'on lui accorde une attention. Aucun ministère ne détenait clairement la responsabilité première à l'égard de certaines questions, particulièrement les questions nouvelles et émergentes (comme les troubles de l'alimentation). Le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada sur le plan de la santé mentale, au-delà de la surveillance, n'a pas été présenté clairement ou bien documenté. L'Agence de la santé publique du Canada est responsable de la promotion de la santé mentale. Certains intervenants n'ont pas été clairs à l'égard des objectifs globaux des travaux en santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada ou de Santé Canada. Un lien a été établi avec le manque de clarté par rapport aux rôles et aux responsabilités pour expliquer cette situation. Les intervenants ont convenu de l'importance de la mobilisation des IRSC, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et de la CSMC, à l'externe, dans les activités relatives à la santé mentale étant donné le nombre élevé de domaines qui exigent une attention particulière, qu'il s'agisse de la recherche ou de la promotion de la santé mentale, et qui doivent être intégrés dans la promotion de la santé en général. Le large éventail de mesures de mobilisation sur le plan de la santé mentale au sein du portefeuille de la Santé appuie le concept selon lequel « il n'y a pas de santé sans santé mentale » soutenu par l'OMS.

5.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Preuve d'économies et d'efficacité

La *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et la ligne directrice *Examiner l'utilisation des ressources dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la preuve d'économies et d'efficacité comme étant l'évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production d'extrants et aux progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats attendus. La présente évaluation se fonde sur le principe que tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des ressources, activités, extrants et résultats attendus particuliers.

La structure des données de l'information financière détaillée fournie n'a pas facilité l'évaluation visant à déterminer si les extrants avaient été produits avec efficacité ou si les résultats attendus avaient été atteints économiquement. Plus particulièrement, l'absence de données sur les coûts visant particulièrement les extrants ou les résultats a limité la capacité d'utiliser des méthodes de comparaison des coûts. Pour ce qui est de l'appréciation de l'économie, les difficultés à suivre le financement à l'intérieur des enveloppes de programmes plus larges ont limité l'évaluation. Compte tenu de ce qui précède, les responsables de l'évaluation ont produit des observations sur les économies et l'efficacité en se basant sur la revue de la littérature, les entrevues auprès d'informateurs clés et les données financières pertinentes disponibles.

Fardeau économique

Le gouvernement fédéral a reconnu le principe selon lequel « les troubles liés à la santé mentale influent sur la vie de nombreux Canadiens et s'accompagnent d'un coût social et économique important ». On a évalué le coût direct des maladies mentales à près de huit milliards de dollars en 2008⁴¹. On estime que le coût de la mauvaise santé mentale et des maladies mentales pour l'économie canadienne varie chaque année de 11 à 50 milliards de dollars⁴². Selon l'Agence de la santé publique du Canada, en 2008, les maladies mentales sont arrivées au deuxième rang des maladies ayant entraîné les coûts directs et totaux liés aux soins de santé les plus élevés (y compris dans le cas de la mortalité), par rapport à cinq autres maladies importantes (les maladies musculosquelettiques, cardiovasculaires, respiratoires et de l'appareil digestif, et le cancer)⁴³. (Le tableau 4 présente de façon détaillée des renseignements tirés de l'outil virtuel FEMC de l'Agence de la santé publique du Canada pour 2008.)

Tableau 4 : Coûts liés aux affections majeures, 2008

Type de coût	Maladies mentales	Maladies cardiovasculaires	Maladies de l'appareil digestif	Cancer	Maladies musculosquelettiques	Maladies respiratoires
Médica-ment	3 551 265 100 \$	4 272 675 500 \$	1 434 019 700 \$	467 077 300 \$	1 982 500 200 \$	1 197 195 800 \$
Hôpital	5 520 276 800 \$	5 068 039 500 \$	2 839 407 600 \$	2 329 384 600 \$	1 795 850 600 \$	1 818 541 100 \$
Médecin	2 347 011 500 \$	2 352 012 100 \$	1 232 587 100 \$	1 031 721 700 \$	2 002 466 300 \$	632 562 900 \$
Total des frais directs	11 418 553 400 \$	11 692 727 100 \$	5 506 014 400 \$	3 828 183 600 \$	5 780 817 100 \$	3 648 299 800 \$
Mortalité	19 153 800 \$	92 660 600 \$	24 560 700 \$	166 485 800 \$	2 493 900 \$	11 410 400 \$
Coûts totaux	11 437 707 200 \$	11 785 387 700 \$	5 530 575 100 \$	3 994 669 400 \$	5 783 311 000 \$	3 659 710 200 \$

1: Maladie mentales peut comprendre les éléments suivants, qui sont énumérés sous la rubrique portant sur les conditions neuropsychiatriques: troubles d'usage d'alcool et de drogues, troubles d'anxiété, troubles de l'humeur, troubles non organiques du sommeil, stress post-traumatique, schizophrénie et "autres" affections neuropsychiatriques.

Il existe depuis un certain temps de l'information sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé mentale et en prévention des maladies mentales. Moins de travaux ont toutefois été réalisés au chapitre de l'évaluation du rendement du capital investi. Il est souvent difficile d'apprécier l'impact économique en raison de la diversité de la programmation qui est susceptible d'influer sur l'atteinte des résultats ciblés et l'obtention d'avantages à l'extérieur du secteur offrant les mesures d'intervention. Les données disponibles ont permis de constater l'existence d'avantages économiques dans les domaines de la lutte contre la stigmatisation, de la sensibilisation au suicide et de la prévention de ce dernier, de la promotion de la santé dans le cadre des activités scolaires ainsi que du dépistage de la dépression pour les soins de santé primaires⁴⁴.

Financement

Pendant la période de 2010-2011 à 2014-2015, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont dépensé 85,3 millions de dollars en vue de la réalisation d'activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales. Ces frais sont pris en compte dans la présente évaluation. Ces fonds ont été affectés en majeure partie par Santé Canada pour la CSMC (87,5 %) et le RCRID (4,7 %). Les autres fonds proviennent de l'Agence de la santé publique du Canada et ont été versés au CPS (4,8 %) et au CPCMC (3 %) en vue de l'exécution d'activités de surveillance et de promotion de la santé mentale. Au cours de cette période, le budget annuel global s'est accru de 15,7 % et est passé de 16 millions à 18,5 millions de dollars. Il a atteint un sommet de 19 millions de dollars en 2013-2014.

Tableau 5 : Écart entre les budgets de fin d'exercice et les dépenses, 2010-2011 à 2014-2015

Exercice	Ministère	Budgets de fin d'exercice (en \$)				Dépenses (en \$)				Écart (en \$)	Pourcentage du budget prévu dépensé
		S et C	F et E	Salaires	TOTAL	S et C	F et E	Salaires	TOTAL		
2010-2011	Agence de la santé publique du Canada	0	359 988	0 ¹	359 988	0	272 594	605 702	878 297	-518 309	
	Santé Canada	15 000 000	0	168 000	15 168 000	15 000 000	0	168 000	15 168 000	0	100,0 %
2011-2012	Agence de la santé publique du Canada	0	160 800	520 000	680 800	0	164 225	443 600	607 825	72 975	89,3 %
	Santé Canada	15 000 000	0	172 000	15 172 000	15 000 000	0	172 000	15 172 000	0	100,0 %
2012-2013	Agence de la santé publique du Canada	0	0	0 ¹	0	0	46 119	487 335	533 454	-533 454	
	Santé Canada	15 373 200	0	178 000	15 551 200	15 218 117	0	178 000	15 396 117	155 083	99,0 %
2013-2014	Agence de la santé publique du Canada	0	1 295 000	1 354 222	2 879 222	0	1 261 016	1 320 819	2 581 835	292 387	89,7 %
	Santé Canada	16 619 566	0	174 000	16 793 566	16 272 532	0	174 000	16 446 532	347 034	97,9 %
2014-2015	Agence de la santé publique du Canada	0	868 973	1 835 210	2 704 183	0	784 219	1 274 755	2 058 974	645 209	76,1 %
	Santé Canada	16 414 000	0	183 000	16 597 000	16 311 240	0	183 000	16 494 240	102 760	99,4 %

1 : Le budget salarial a été affecté par l'entremise du centre de coûts du directeur.

Aucun financement supplémentaire n'a été accordé pour les projets prioritaires au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, comme la surveillance relative à la bonne santé mentale et le *Cadre fédéral de prévention du suicide*. Selon le budget de 2013, « l'Agence de la santé publique du Canada réaffectera deux millions de dollars pour améliorer la collecte de données et la préparation de rapports sur la maladie mentale et la santé mentale, comme le recommandait la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, afin d'améliorer les connaissances et de favoriser la collaboration ». Cette réaffectation de fonds à l'intérieur de la direction générale a permis la poursuite des efforts de l'Agence de la santé publique du Canada dans le domaine de la surveillance de la santé mentale et des maladies mentales. La *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide* a reçu la sanction royale le 14 décembre 2012. Aucune ressource nouvelle n'a été associée à l'adoption de cette mesure législative. Les réaffectations à l'interne ont procuré des ressources en vue de la mise en place du *Cadre fédéral de prévention du suicide*.

La CSMC est financée par Santé Canada et son mandat est de dix ans (2007-2017). Dans le PAE du Canada de 2015⁴⁵, le gouvernement fédéral a reconnu le fait suivant : « l'avancement de la recherche dans ce domaine, plus particulièrement pour mettre au point des outils de diagnostic et de traitement plus efficaces, est essentiel pour l'amélioration de la vie de ces personnes »⁴⁶. À cette fin, en avril 2015, le gouvernement a fait part de son intention de renouveler le mandat de la CSMC pour dix autres années à compter de 2017, afin que cette dernière puisse poursuivre ses importants travaux de promotion de la santé mentale au Canada et favoriser un changement dans la prestation des services en santé mentale, y compris la prévention du suicide⁴⁷.

La production de rapports financiers de la CSMC ne se rattachait pas directement à des secteurs prioritaires précis. Par conséquent, il a été impossible de déterminer la proportion de fonds allouée aux principaux résultats attendus et à la gestion.

Les secteurs prioritaires de la CSMC sont régis par un accord de subvention. Toutefois, la Commission a également réalisé plusieurs activités qui n'étaient pas énoncées de façon explicite dans cet accord (p. ex. le programme de formation PSSM, la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*, et la prévention du suicide). Ces activités ont été mises au point dans le cadre de consultations officieuses et officielles avec l'Agence de la santé publique du Canada de la santé du Canada et Santé Canada, et de plus amples renseignements à leur sujet figurent dans les plans d'activités annuels de ces deux organisations.

Effacité

Dans le cadre des activités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, des gains ont été réalisés pour ce qui est de la capacité de tirer parti des fonds et des partenariats. La complémentarité de diverses initiatives a favorisé ces gains d'efficacité. En voici des exemples :

- Plusieurs synergies ont été signalées dans les travaux effectués par l'Agence de la santé publique du Canada et la CSMC en vue de l'établissement de mesures de surveillance de la santé mentale et d'indicateurs connexes. L'accent mis par l'Agence de la santé publique du Canada sur une perspective de santé publique a été considéré par la CSMC comme étant complémentaire à l'importance qu'elle accorde aux services de santé et aux évaluations. Ces projets étaient en cours d'élaboration au même moment, ce qui a permis aux deux organisations de collaborer.
- La Commission a été en mesure de tirer parti du financement de Santé Canada dans le cadre de plus de 350 partenariats qui ont offert du financement supplémentaire, d'autres ressources et une expertise en nature additionnelle. Elle peut profiter de sa position à l'extérieur du cadre fédéral, provincial et territorial pour établir des partenariats au sein de nombreux secteurs différents, notamment le système juridique, les soins de santé primaires, le milieu de travail et l'hébergement. Les personnes interrogées ont signalé que les partenariats conclus avec la CSMC étaient complémentaires, et que cette dernière agissait en tant que catalyseur pour leurs travaux et tribune pour la répartition des initiatives de recherche.
- Le CEC de la CSMC sert de dépôt national pour les renseignements au sujet des questions liées à la santé mentale. Il synthétise les connaissances fondées sur des données probantes, les pratiques exemplaires et prometteuses ainsi que les innovations en santé mentale. De plus, il facilite l'échange de ces connaissances et renforce la capacité des intervenants de les adopter. Selon les personnes interrogées, le CEC ressort en tant que guichet unique de ressources pour les renseignements importants concernant les programmes ainsi que les pratiques exemplaires. Il est souvent cité en tant que contribution la plus importante de la CSMC.
- Les différents carrefours du RCRID ont réussi à tirer parti de contributions en nature et d'un financement de contrepartie provenant d'institutions et d'organismes provinciaux. Les investissements extérieurs obtenus par effet de levier par le RCRID ont totalisé 970 879 \$ au cours de la période de travaux de ce dernier.

Malgré les gains d'efficacité réalisés, certains secteurs pourraient être améliorés.

- Les personnes interrogées ont fait remarquer qu'il n'y avait aucune vision d'ensemble pour les activités liées à la santé mentale au sein du portefeuille de la Santé. Le fait de présenter clairement les objectifs existants permettrait d'élucider la différence importante entre la santé mentale et les maladies mentales, et de faire connaître l'orientation voulue, en plus d'entraîner une meilleure allocation des ressources. Les personnes interrogées s'attendent à ce que cette mesure facilite la communication au sein du portefeuille de la Santé et avec le public, et contribue à la précision des rôles et des responsabilités.
- Malgré la définition claire des secteurs prioritaires et les efforts axés sur la collaboration au chapitre de la surveillance et des données (l'Agence de la santé publique du Canada participe au processus de consultation de la CSMC, et cette dernière contribue aux activités du Comité avisier sur la surveillance de la santé mentale et des maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada), les personnes interrogées ont exprimé plusieurs préoccupations au sujet de l'efficacité et de l'efficacité du processus. Ces préoccupations comprenaient notamment une mauvaise coordination des ressources, un chevauchement des indicateurs et une mauvaise communication au sujet des renseignements diffusés.

Mesure du rendement

Les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada font l'objet d'une évaluation par la Section de rendement de programme du CPMC dans le cadre du Plan de mesure du rendement du Centre dans son ensemble. Les données sur la mesure du rendement comprennent une analyse des citations, une analytique Web et une enquête auprès des intervenants. On a conçu des outils normalisés afin d'évaluer l'utilisation de ces mesures et la satisfaction des intervenants. Les travaux liés à la promotion de la santé mentale ne disposent encore d'aucune stratégie détaillée de mesure du rendement. Cependant, la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide* stipule que le gouvernement du Canada doit rendre compte de ses progrès conformément au *Cadre* en 2016 et tous les deux ans par la suite.

La CSMC a eu recours aux données sur la mesure du rendement pour favoriser la prise de décision. Elle présente à Santé Canada un plan d'activités annuel qui expose de façon détaillée les principales activités énoncées qui ont été proposées au cours de l'année antérieure ainsi que la mesure dans laquelle ces activités ont été réalisées. Ensuite, elle propose des activités et des résultats attendus de premier plan pour les années ultérieures ainsi que des indicateurs qui devraient servir à la mesure des extrants et des résultats. Enfin, elle décrit une approche de gestion des risques qui appuie la responsabilisation et l'efficacité opérationnelle au moyen de la prise de décision, de la planification et de la préparation du budget.

Depuis la création de la CSMC, en 2007, il y a eu huit activités d'évaluation, dont cinq ont été réalisées à l'interne et les trois autres, à l'externe. La réalisation et le compte rendu d'activités en vue de la prise en main des recommandations démontrent l'engagement de la CSMC à l'égard de l'excellence opérationnelle. Les principales recommandations adoptées par la CSMC à la suite de ces évaluations comprennent l'accent renouvelé sur l'échange des connaissances et la mesure

des répercussions ainsi que la mise en place de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (recommandation émanant de l'Évaluation formative de 2011 de la CSMC), l'établissement d'une plateforme de mobilisation en ligne pour le CEC (recommandation du Rapport intérimaire de 2014 du CEC), et la surveillance continue de l'exécution des principales recommandations de la Stratégie.

Les mesures du rendement du RCRID sont en cours d'élaboration. L'ensemble des exigences en matière de rapport de la subvention en place ont été satisfaites.

Comparaisons internationales

De nombreux pays des quatre coins de la planète ont élaboré et appliqué des stratégies nationales axées sur la santé mentale. Dans ceux ayant fait l'objet d'un examen, la mise au point de la majorité des stratégies s'est faite en collaboration avec le département ou ministère de la Santé. En Australie, on retrouve une commission de la santé mentale qui est distincte du ministère de la Santé, mais elle relève directement du ministre de la Santé. Le Canada, où la CSMC est une organisation indépendante qui n'est assujettie à aucune exigence de présentation au Parlement, semble être un cas unique. En Nouvelle-Zélande, la commission de la santé mentale a cessé d'être un organe gouvernemental distinct en 2012, et un commissaire à la santé mentale a été nommé au sein du bureau du commissaire à la santé et aux personnes handicapées (Office of the Health and Disability Commissioner).

Dans la majorité des cas, les stratégies en matière de santé mentale sont élaborées au sein du gouvernement et appuyées par celui-ci. En Norvège et en Suède, les stratégies en matière de santé mentale ont été adoptées par le Parlement. Le quatrième plan sur la santé mentale (Fourth Mental Health Plan) de l'Australie a reçu l'appui de l'ensemble des ministres de la Santé, soit à l'échelle fédérale, territoriale et des États. Au Canada, le gouvernement fédéral finance la CSMC, et toutes les provinces, à l'exception du Québec, ont donné leur sanction à la création de cette dernière, mais la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada n'a pas été adoptée ou approuvée par le gouvernement du Canada. L'harmonisation avec la Stratégie est actuellement facultative, et bien que les provinces et les territoires aient manifesté leur soutien, il n'y a aucune surveillance par rapport à son exécution. En Nouvelle-Zélande, le commissaire à la santé mentale est tenu de surveiller la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de santé mentale, tandis qu'en Australie, des rapports périodiques sur la santé mentale rendent compte des progrès réalisés quant à l'application du plan pour le gouvernement et le public. Il n'existe aucune mesure comparable au Canada.

Le soutien intégral et de haut niveau du gouvernement à l'égard des stratégies en matière de santé mentale qu'on observe dans d'autres pays, de même que les exigences liées à la surveillance de leur exécution ont permis à ces pays de présenter de façon détaillée les progrès réalisés dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales.

6.0 Conclusion

6.1 Pertinence – conclusions

6.1.1 Besoin continu

La santé mentale et les maladies mentales représentent encore des problèmes importants, et les besoins demeurent constants. Un nombre considérable de Canadiens sont directement ou indirectement touchés par des problèmes de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale. Tous les ans, un Canadien sur dix souffre d'une maladie mentale, et au cours de sa vie, un Canadien sur trois souffrira d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. En 2012, 40 % des adultes au Canada voyaient un membre de leur famille connaître des problèmes de santé mentale ou affective, ou encore des problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Au Canada, près de 4 000 personnes se suicident chaque année.

Certains segments de la population canadienne connaissent des taux plus élevés de maladie mentale, de suicide ou d'idées suicidaires. Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les jeunes, et la fréquence du suicide est un problème considérable dans certaines communautés inuites et autochtones.

En 2008, on a évalué le coût direct de la mauvaise santé mentale et des maladies mentales à près de huit milliards de dollars. Les coûts annuels indirects varieraient de 11 à 50 milliards de dollars.

6.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada sont harmonisées avec le résultat stratégique de ce dernier qui consiste à avoir un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens. Les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de l'Agence de la santé publique du Canada, quant à elles, sont harmonisées avec le résultat stratégique de celle-ci qui vise à protéger les Canadiens et à les aider à améliorer leur santé. De plus, ces activités respectent d'autres priorités à l'échelle nationale et internationale. Diverses annonces fédérales et déclarations internationales ont indiqué l'importance de la santé mentale, qui doit être une priorité pour le gouvernement fédéral. Depuis la publication, en 2006, du document *De l'ombre à la lumière*, la santé mentale est effectivement une priorité du gouvernement. La création de la CSMC et l'intention de reconduire son mandat exprimée dans le budget de 2015 indiquent bien l'appui envers les efforts soutenus en santé mentale. Des fonds supplémentaires ont aussi été octroyés à la STHC pour qu'elle déploie des efforts au chapitre de la dépression et de l'ESPT.

En mai 2013, des membres de l'Assemblée mondiale de la Santé, dont le Canada, ont officiellement fait de la santé mentale l'une de leurs priorités en adoptant le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020* de l'OMS. Ils ont de ce fait soutenu la croyance selon laquelle « il n'y a pas de santé sans santé mentale »⁴⁸. L'ONU a récemment adopté des objectifs de développement durable qui comprennent la promotion de la santé et du bien-être mentaux⁴⁹.

L'adoption de la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide* en 2012 et les travaux de mise au point du *Cadre* qui en ont découlé ont révélé la priorité qu'accorde le gouvernement fédéral à la prévention du suicide.

6.1.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Au Canada, les rôles et les responsabilités concernant le système de soins de santé incombent conjointement aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les services de santé mentale relèvent de la juridiction provinciale ou territoriale pour la majorité des Canadiens. Cependant, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la coordination des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales, dans la collaboration liée à ces activités, dans la surveillance en matière de santé mentale, de maladies mentales et de suicide, et dans la production des rapports connexes, ainsi qu'en tant que source d'information sur les pratiques exemplaires et innovantes. La *Loi canadienne sur la santé* précise les responsabilités de Santé Canada en ce qui concerne la promotion du bien-être mental des Canadiens et son éventuel rétablissement. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* prévoit le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada dans la promotion de la santé et la surveillance en matière de santé. Le gouvernement fédéral a aussi des responsabilités en matière de services de santé mentale auprès de certaines populations du pays.

6.2 Rendement – conclusions

6.2.1 Atteinte des résultats attendus (efficacité)

La CSMC a réussi à prendre en main les trois éléments précis de son mandat initial. Ce dernier prévoyait l'élaboration d'une stratégie nationale, le lancement d'une campagne de lutte contre la stigmatisation et l'établissement d'un centre d'échange des connaissances. En outre, elle a publié le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* en 2012, après de vastes consultations nationales. Des mesures ont été prises à l'échelle du pays en réaction aux six orientations stratégiques, aux 26 priorités et aux 109 recommandations du document. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, des ONG, et les ministères fédéraux ont œuvré à mettre en œuvre la Stratégie. L'absence de plan d'action clair et de responsabilités précises quant aux recommandations a été perçue comme un obstacle à la pleine mise en œuvre de la Stratégie.

Les autres composantes du mandat initial de la CSMC, soit la campagne de lutte contre la stigmatisation (*Changer les mentalités*) et le CEC, ont vu leurs efforts initiaux récompensés. La campagne *Changer les mentalités* semble porter des fruits en matière de réduction de la

stigmatisation dans les populations visées. La multiplication et la répétition des messages permettront de réduire encore la stigmatisation. Le CEC a conclu des partenariats et augmenté l'accessibilité de la recherche et des directives relatives à la santé mentale. La mise en œuvre cohérente des plans de diffusion de la recherche a augmenté la portée de l'information de qualité et son accessibilité.

La STHC, par l'intermédiaire du RCRID, a mis en place de multiples carrefours sur la dépression à l'échelle du Canada et a réussi à intégrer la voix de gens ayant un vécu pertinent dans le processus de recherche, en particulier dans la détermination des priorités de la recherche.

La CSMC a été saluée en tant qu'organisme rassembleur et a réussi à faire progresser les dossiers jugés prioritaires selon la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. L'Agence de la santé publique du Canada a aussi réussi à créer des partenariats en ce qui concerne les projets en matière de données et les efforts déployés par rapport au *Cadre fédéral de prévention du suicide*. Comme les ministères fédéraux, les ordres de gouvernements et les ONG œuvrant en santé mentale sont multiples, les partenariats ont été jugés essentiels à l'échange des pratiques exemplaires, à la prévention du dédoublement des efforts et à la coordination des activités en vue du respect de la vision globale en santé mentale.

On a soulevé le fait que les rôles et responsabilités dans le portefeuille de la Santé n'étaient pas bien définis ou compris en ce qui concerne la santé mentale, la promotion de la santé mentale, les maladies mentales et la prévention du suicide. On a aussi relevé l'absence d'une vision globale. De plus, les ministères fédéraux ayant des activités et des responsabilités dans ces domaines sont nombreux. Cela a suscité de l'intérêt pour la mise en place d'une communauté de pratique ou d'un carrefour sur la santé mentale au sein même du gouvernement fédéral.

Le travail de l'Agence de la santé publique du Canada en surveillance de la santé mentale et des maladies mentales a produit de nouveaux produits de connaissance et permis d'étendre et d'améliorer les systèmes de surveillance. Les publications comme le *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015* et l'infographie sur la santé mentale positive ont élargi les connaissances disponibles sur les maladies mentales et la bonne santé mentale.

Le travail de promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada a favorisé la compréhension de la différence fondamentale entre la santé mentale et les maladies mentales, qui est au cœur même de la promotion de la santé mentale. Ce travail s'est fait grâce à l'appui d'efforts nationaux et internationaux. Les programmes communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada ont des composantes liées à la bonne santé mentale et pourraient être mieux exploités par les intervenants pour la diffusion de messages cohérents en matière de santé mentale et pour la promotion de la santé mentale tout au long de la vie. La multiplicité des termes employés (p. ex. bien-être mental, bonne santé mentale, santé mentale et maladies mentales) est vue comme un obstacle à la pleine collaboration aux efforts menés envers la promotion de la santé mentale.

Les efforts hautement collaboratifs de l'Agence de la santé publique du Canada visant à mettre au point le *Cadre fédéral de prévention du suicide* ont été salués. Ce dernier précisera les principes directeurs, les objectifs stratégiques et les priorités du gouvernement fédéral en matière de prévention du suicide. La surveillance et la production de rapports continues sur la mise en œuvre du *Cadre* (et les progrès liés aux activités prévues) sont considérées comme des éléments essentiels pour ce qui est d'assurer la responsabilisation, la capacité décisionnelle et l'amélioration continue des efforts fédéraux de prévention du suicide.

6.2.2 Preuve d'économies et d'efficacité

Les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales réalisées par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont été administrées de façon économique. Cependant, l'efficacité pourrait être améliorée par la présentation claire des rôles et des responsabilités propres à la vision en matière de santé mentale.

Les dispositions de financement conclues avec la CSMC et la STHC ont été gérées de façon active par Santé Canada. La CSMC a réussi à solidifier plus de 350 partenariats et à faire évoluer les efforts de lutte contre la stigmatisation, de prévention du suicide ainsi que de promotion de la santé mentale au travail et des premiers soins en santé mentale qui en découlent. D'autres travaux réalisés avec des organisations autochtones et non traditionnelles ont été identifiés comme un secteur comportant des possibilités pour l'avenir.

Aucun financement supplémentaire n'a été accordé pour les projets prioritaires au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, comme la surveillance relative à la bonne santé mentale et le *Cadre fédéral de prévention du suicide*. Des réaffectations de fonds à l'intérieur de la direction générale ont permis la poursuite des efforts de l'Agence de la santé publique du Canada dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales.

On a établi les secteurs prioritaires de l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre de la santé mentale et des maladies mentales. Par contre, l'évaluation a permis de constater que les gens n'avaient pas tous la même compréhension des rôles et des responsabilités, et que les termes utilisés n'étaient pas tous les mêmes au sein du portefeuille de la Santé. La présentation claire des rôles et des responsabilités, et l'utilisation de la même terminologie devraient faciliter la communication au sein du portefeuille de la Santé et avec le public.

7.0 Recommandations

Recommandation 1

En reconnaissant le besoin important toujours présent au Canada dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales, et il serait temps d'établir une vision de la santé mentale pour le portefeuille de la Santé et, notamment, de clarifier et d'exprimer les rôles et les responsabilités en ce qui a trait à la santé mentale, à la promotion de la santé mentale, aux maladies mentales, à la prévention du suicide ainsi que de surveillance des maladies mentales et de la santé mentale.

À l'heure actuelle, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les IRSC participent à des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales. Les activités menées au sein de ces organisations sont complémentaires et des dédoublements existent aussi. Toutefois, la vision des objectifs globaux touchant la santé mentale et les maladies mentales n'a pas encore été clairement exprimée ou communiquée. L'expression d'une vision claire et la précision de la façon dont les activités des différentes organisations s'articulent par rapport à la vision contribueront à garantir l'harmonisation des efforts et la réduction du risque de dédoublement. Une vision claire permettra en outre de mieux communiquer avec les partenaires externes et internes.

Nombre de ministères fédéraux et de partenaires externes œuvrant dans le vaste domaine de la santé mentale et des maladies mentales étaient incertains quant à la personne avec laquelle ils devaient communiquer au sujet d'un projet ou d'un autre. Une communication aisée entre le portefeuille de la Santé et ces partenaires est importante, bien que la gestion des relations avec les partenaires dépende souvent du projet. Certains ont exprimé le souhait d'une communauté de pratique mieux coordonnée pour rassembler les parties œuvrant en santé mentale au sein du gouvernement fédéral. La faisabilité d'un tel projet pourrait être explorée.

Recommandation 2

Encourager la CSMC à établir, pour le reste de son mandat, un contact plus étroit avec les intervenants, particulièrement les organisations avec lesquelles la Commission n'a pas collaboré étroitement par le passé, comme celles qui s'intéressent aux toxicomanies ainsi que les organisations autochtones nationales.

La CSMC a établi de solides partenariats dans divers secteurs, mais les collaborations et les partenariats pourraient être accrus dans certains domaines. Les éléments de preuve indiquent que les comorbidités sont de plus en plus apparentes. La relation de comorbidité entre la toxicomanie et la santé mentale a retenu l'attention de plusieurs provinces et territoires qui ont décidé d'inclure les questions liées aux dépendances et aux toxicomanies dans les programmes de santé mentale. La CSMC et le CCLAT pourraient collaborer plus étroitement sur des questions d'intérêt commun.

Les peuples autochtones constituent un autre secteur à améliorer en rehaussant la sensibilisation. Malgré le fait que des travaux afférents aux orientations stratégiques 4 et 5 de la Stratégie en matière de santé mentale aient été entrepris, l'accent n'a pas été suffisamment mis sur la santé mentale des Autochtones par la CSMC. Des relations et des partenariats plus approfondis avec les OAN, les communautés autochtones et la DGSPNI pourraient contribuer aux efforts dans ce secteur. Il sera important que les activités de la CSMC visent également ces importants groupes de la population.

Annexe 1 – Modèle logique

Résultats	Produits de connaissance et systèmes et données de surveillance	Réseaux, collaboration et mobilisation
Résultats immédiats	<p>Les systèmes de surveillance et de contrôle sont plus aptes à assurer un suivi de la santé mentale, des maladies mentales, du suicide et des facteurs de risque et de protection au Canada.</p> <p>Les intervenants ont accès à des produits de connaissance sur la santé mentale et les maladies mentales (y compris des résultats de recherche, des données de surveillance, des rapports, des outils et des stratégies en santé mentale).</p> <p>Des groupes ciblés sont conscients des questions liées à la santé mentale et aux maladies mentales, y compris la stigmatisation.</p>	Des partenariats stratégiques avec des partenaires nationaux, provinciaux, territoriaux et régionaux clés dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales sont élaborés et maintenus.
Résultats intermédiaires	<p>Les intervenants utilisent des produits de connaissance sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales dans le cadre de la planification et de l'élaboration de programmes et de politiques (y compris des politiques organisationnelles).</p> <p>Les grandes priorités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales progressent.</p>	Collaboration et coordination accrues sur le plan de la santé mentale et des maladies mentales
Résultats à long terme	Des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales fondées sur des données probantes sont intégrées aux programmes et aux politiques à l'échelle des secteurs.	
Résultat ultime	Amélioration de la qualité de vie des Canadiens aux prises avec des problèmes de santé mentale et de maladie mentale	

Annexe 2 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les cotations ont été fournies afin d'indiquer le degré accordé à chaque question ou enjeu lié à l'évaluation.

Symboles de cotation de la pertinence et signification :

Un résumé de la cotation de la pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation de la pertinence et leur signification.

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et signification

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité de maintenir le programme			
Quels sont les besoins sociétaux et en santé qui sont abordés dans les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada?	Éléments de preuve de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> Fardeau sociétal et économique actuel (à l'échelle nationale et internationale) Fardeau sociétal et économique prévu (à l'échelle nationale et internationale) Nouvel environnement et nouvelles tendances (dont les nouveaux acteurs à l'échelle nationale et internationale) 	Élevé	Un nombre considérable de Canadiens sont directement ou indirectement touchés par des problèmes de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale. Tous les ans, un Canadien sur dix souffre d'une maladie mentale, et au cours de sa vie, un Canadien sur trois souffrira d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Chaque année, près de 4 000 Canadiens meurent par suicide; la plupart d'entre eux avaient un problème de santé mentale ou une maladie mentale. En 2012, 40 % des adultes au Canada voyaient un membre de leur famille connaître des problèmes de santé mentale ou affective, ou encore des problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Le fardeau prévu des maladies mentales au Canada devrait s'accroître.
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales au Canada? Les activités actuelles de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sont-elles harmonisées avec les priorités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Les activités actuelles de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada correspondent aux priorités du gouvernement fédéral. 	Élevé	Le soutien du gouvernement fédéral à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales englobe le financement du premier mandat de la CSMC, en 2007, ainsi que l'engagement de renouveler ce financement pour un deuxième mandat, qui s'entamerait en 2017. Les autres mesures de soutien du gouvernement fédéral à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales comprennent l'adoption de la <i>Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide</i> en 2012, l'affectation de 5,2 millions de dollars pour appuyer le RCRID et la réaffectation à l'interne de deux millions de dollars en vue de l'amélioration de la collecte de données et de la production de rapports sur la santé mentale et les maladies mentales.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification

Élevé Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Moyen Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste pour les activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Les activités en cours sont-elles harmonisées actuellement avec les priorités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada?	<ul style="list-style-type: none"> Les activités en cours de l'Agence de la santé publique du Canada correspondent aux priorités de cette dernière. Les activités en cours de Santé Canada correspondent aux priorités de ce dernier. 	Élevé	Les activités et les engagements en matière de financement de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada sont harmonisés avec les priorités stratégiques liées à la santé mentale et aux maladies mentales.
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Quel est le rôle du gouvernement fédéral par rapport à la santé mentale et aux maladies mentales?	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de preuve du rôle du gouvernement fédéral sur le plan de la santé mentale et des maladies mentales, notamment en ce qui concerne les responsabilités à l'échelle internationale 	Élevé	Le gouvernement fédéral a un rôle clair à jouer dans la coordination nationale des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales, dans la collaboration à l'égard de ces activités, et dans la surveillance et la recherche touchant la santé mentale et les maladies mentales. Les activités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sont manifestement harmonisées avec les rôles du gouvernement fédéral au chapitre de la coordination des politiques relatives à la santé mentale et aux maladies mentales ainsi que de la recherche connexe.
Le rôle du gouvernement fédéral et les activités actuelles font-ils double emploi avec le rôle des intervenants? Y a-t-il des chevauchements?	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de preuve du double emploi, du chevauchement ou de la complémentarité du rôle du gouvernement fédéral par rapport à celui des intervenants Perceptions d'écarts entre le rôle du gouvernement fédéral et celui des intervenants 	Partiel	Les informateurs clés ont également affirmé que le rôle du gouvernement fédéral n'était pas toujours clair. Les informateurs clés ont souvent fait remarquer que le rôle de leur organisation était clair, mais ils ont également affirmé que celui d'autres organisations, dont le gouvernement fédéral, l'était moins. Les informateurs ont signalé que des aspects de cette complexité découlaient de l'utilisation incohérente du langage au sujet de la santé mentale et des maladies mentales.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification

Élevé Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Moyen Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste pour les activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation du rendement et signification

Un résumé de la cotation du rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation du rendement et leur signification.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats attendus (efficacité)			
<p>Dans quelle mesure la CSMC a-t-elle atteint les résultats attendus?</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultat 1 : Adoption et utilisation de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada Résultat 2 : Campagne de lutte contre la stigmatisation Résultat 3 : Centre d'échange des connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de preuve de la disponibilité et de l'adoption de la Stratégie en matière de santé mentale, notamment en ce qui concerne les stratégies provinciales et territoriales en matière de santé mentale Niveau de connaissance à l'égard des questions liées à la santé mentale et aux maladies mentales, notamment en ce qui concerne les répercussions de la stigmatisation Éléments de preuve de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'obtention en temps voulu des produits de connaissance 	Atteint	<p>La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et le cadre précédent sont considérés comme des points de référence importants pour les organisations et les gouvernements en vue du façonnement de leurs propres stratégies et programmes en matière de santé mentale.</p> <p>On a entrepris des mesures au pays afin de réagir aux orientations stratégiques et aux secteurs prioritaires établis dans le document <i>Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada</i>.</p> <p>La campagne de lutte contre la stigmatisation (<i>Changer les mentalités</i>) a démontré que des progrès avaient été réalisés sur le plan de la prise en main de la stigmatisation auprès des populations ciblées.</p> <p>Le CEC de la CSMC a élaboré et diffusé des documents de recherche clés en lien avec les orientations stratégiques énoncées dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Cette mesure a entraîné un accès accru aux produits de connaissance sur la santé mentale et les maladies mentales.</p>
<p>Dans quelle mesure le RCRID a-t-il atteint les résultats attendus?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de preuve des efforts soutenus et coordonnés de recherche sur la dépression et l'ESPT Amélioration des stratégies, des outils et de la recherche ciblés en santé mentale en vue de la prévention, de la réduction, du diagnostic et du traitement de la dépression et de l'ESPT Amélioration des réseaux de collaboration et de l'échange de renseignements entre les chercheurs et les intervenants 	Atteint	<p>Le RCRID a réalisé des progrès au chapitre de l'établissement de carrefours de recherche à l'échelle du pays. Ces carrefours exécutent des projets de recherche et bénéficient de l'intégration de l'expérience de personnes ayant vécu une expérience dans le processus de recherche. Il existe des données restreintes en matière de mesure du rendement au sujet de l'amélioration par le RCRID des réseaux et de l'échange de renseignements, mais les entrevues et les réponses aux enquêtes tendent à indiquer que les intervenants perçoivent très positivement la contribution effectuée jusqu'à ce jour par le RCRID.</p>
<p>Dans quelle mesure l'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle atteint les résultats attendus?</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultat 5 : Éléments de preuve de l'amélioration des systèmes de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de preuve des rapports courants et exacts de surveillance; éléments de preuve de l'amélioration du système de surveillance de la santé mentale et des maladies mentales 	Atteint	<p>Les travaux réalisés récemment par l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre de la surveillance de la bonne santé mentale et appuyés par le Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie ont permis de combler une lacune en matière de données, et ils complètent la surveillance accrue des maladies mentales et du suicide.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
de la santé mentale et des maladies mentales • Résultat 6 : Travaux de promotion de la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Éléments de preuve de la disponibilité et de l'accessibilité des produits de connaissance • Niveau de sensibilisation à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales 		La participation de l'Agence à des activités d'envergure internationale et nationale a contribué à faire progresser les priorités en matière de promotion de la santé mentale, en plus de démontrer la valeur de la promotion de la santé mentale et de la bonne santé mentale. Il reste encore des travaux à faire en vue de l'adoption d'une compréhension commune de la bonne santé mentale.
Dans quelle mesure des partenariats ont-ils été conclus et des initiatives de collaboration, mises en place?	<ul style="list-style-type: none"> • Éléments de preuve de la collaboration et de la coordination actuelles entre les partenaires internes et externes 	Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	La CSMC et l'Agence de la santé publique du Canada ont conclu des partenariats solides avec divers ministères, organisations et secteurs. Elles ont également conclu un partenariat efficace et mutuellement avantageux. La CSMC pourrait améliorer les partenariats avec les organisations et communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis ainsi qu'avec les organisations qui se consacrent au traitement des maladies concomitantes.
Démonstration de l'économie et de l'efficience			
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont-ils réalisé leurs activités de la façon la plus économique qui soit?	<ul style="list-style-type: none"> • Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles, et conséquences • Points de vue sur le caractère adéquat de la répartition du financement • Points de vue sur les méthodes ou les approches de recharge pour la prestation • Points de vue sur les facteurs qui nuisent à l'efficacité ou qui la favorisent 	Atteint	Les accords de financement avec la CSMC et la STHC ont été gérés de la bonne façon. La CSMC a réussi à solidifier plus de 350 partenariats et à faire évoluer les efforts de lutte contre la stigmatisation, de prévention du suicide ainsi que de promotion de la santé mentale au travail et des premiers soins en santé mentale qui en découlent. Aucun financement additionnel n'a été accordé pour les initiatives prioritaires au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, notamment pour la surveillance relative à la bonne santé mentale et le <i>Cadre fédéral de prévention du suicide</i> . Des réaffectations de fonds à l'intérieur de la direction générale ont permis la poursuite des efforts de l'Agence de la santé publique du Canada dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales.
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont-ils réalisé leurs activités de la façon la plus efficace qui soit?	<ul style="list-style-type: none"> • Points de vue sur la question à savoir si la fabrication des produits s'est faite de façon économique 	Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	On a établi les secteurs prioritaires de l'Agence de la santé publique du Canada au chapitre de la santé mentale et des maladies mentales. Par contre, l'évaluation a permis de constater que les gens n'avaient pas tous la même compréhension des rôles et des responsabilités, et que les termes utilisés n'étaient pas tous les mêmes au sein du portefeuille de la Santé. On a relevé des lacunes en ce qui concerne la diffusion de l'information à tous les secteurs de programme pertinents. Une présentation claire des rôles et des responsabilités devrait favoriser les communications au sein du portefeuille de la Santé et avec le public.

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Une culture de mesure du rendement est-elle en place? Dans quelle mesure les renseignements servent-ils à éclairer la prise de décision?	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de preuve de l'existence d'information sur le rendement et de son utilisation 	Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	<p>Les activités de surveillance de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada font l'objet d'une évaluation par la section de la mesure du rendement du CPCMC.</p> <p>Les travaux axés sur la promotion de la santé mentale ne disposent d'aucune stratégie détaillée de mesure du rendement. Les indicateurs du <i>Cadre fédéral de prévention du suicide</i> sont en cours d'élaboration, et la production de rapports semestriels est une exigence.</p> <p>La CSMC s'est servie de données sur la mesure du rendement pour appuyer la prise de décision.</p>

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; d'autres travaux nécessaires	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Annexe 3 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvre la période d'avril 2010 à mars 2015 et comprend l'examen des subventions versées à la CSMC et à la STHC, les activités de promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que les systèmes de surveillance de la santé mentale et des maladies mentales (maladies mentales, bonne santé mentale et blessures auto-infligées).

Les activités suivantes ont été exclues de la portée de la présente évaluation : investissements sur le plan de la promotion de la santé mentale dans le cadre de la Stratégie d'innovation; activités liées à la santé mentale des enfants et des parents financées dans le cadre du PACE, du PCNP et du Fonds des projets nationaux (FPN) du PACE et du PCNP; surveillance de la violence envers les enfants; activités touchant les maladies neurologiques; et programmation de bien-être mental de la DGSPNI de Santé Canada.

Éléments d'évaluation

Les questions précises visées par la présente évaluation étaient fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Ces éléments se trouvent dans le tableau qui suit. Pour chaque élément fondamental, les questions à évaluer ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions à évaluer

Éléments fondamentaux	Questions à évaluer
Pertinence	
Élément 1 : Nécessité de maintenir le programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens <ul style="list-style-type: none"> . Quels sont les besoins sociétaux et en santé qui sont abordés dans les activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada?
Élément 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats ministériels stratégiques <ul style="list-style-type: none"> . Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales au Canada? Les activités actuelles de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sont-elles harmonisées avec les priorités du gouvernement fédéral? . Quelles sont les priorités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada à l'égard de la santé mentale et des maladies mentales au Canada? Les activités actuelles sont-elles harmonisées actuellement avec les priorités de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada?
Élément 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral dans le cadre de l'exécution du programme <ul style="list-style-type: none"> . Quel est le rôle du gouvernement fédéral par rapport à la santé mentale et aux maladies mentales? . Le rôle du gouvernement fédéral et les activités actuelles font-ils double emploi avec le rôle des intervenants? . Y a-t-il des chevauchements?

Éléments fondamentaux	Questions à évaluer
Rendement (efficacité, économies et efficience)	
Élément 4 : Atteinte des résultats attendus (efficacité)	Évaluation des progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats attendus (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles de rendement ainsi qu'à la portée et à la conception du programme, ce qui comprend la contribution des extraits aux résultats et les liens entre ces deux composantes Dans quelle mesure : <ul style="list-style-type: none"> . les systèmes de surveillance effectuent-ils le suivi de la santé mentale et des maladies mentales au Canada? . les intervenants ont-ils accès aux produits de connaissance sur la santé mentale et les maladies mentales? utilisent-ils les produits? . les populations ciblées connaissent-elles les questions relatives à la santé mentale et aux maladies mentales? . les partenariats stratégiques sont-ils établis et maintenus? . la collaboration et la coordination ont-elles été améliorées? . les priorités principales liées à la santé mentale et aux maladies mentales ont-elles évolué? . les éléments de preuve ont-ils été intégrés dans les politiques, les programmes et les pratiques touchant la santé mentale et les maladies mentales?
Élément 5 : Démonstration de l'économie et de l'efficience	Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production d'extraits et aux progrès réalisés à l'égard de l'atteinte des résultats attendus Dans quelle mesure : <ul style="list-style-type: none"> . Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada réalisent-elles leurs activités de la façon la plus efficace et la plus économique qui soit? Y a-t-il des chevauchements et des doubles emplois? . Une culture de mesure du rendement est-elle en place? Dans quelle mesure les renseignements servent-ils à éclairer la prise de décision?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de multiples sources. Les sources d'information suivantes ont été utilisées dans le cadre de la présente évaluation :

Examen de documents – Environ 30 documents portant sur la santé mentale et les maladies mentales ont fait l'objet d'un examen en vue de l'établissement de renseignements au sujet de la pertinence (priorités, rôles et responsabilités) des activités.

Examen de dossiers – Environ 419 dossiers tenus par la CSMC, le CPS et le CPCMC ont fait l'objet d'un examen en vue de l'obtention de renseignements au sujet de tous les aspects des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales, et, en particulier, le rendement (atteinte des résultats, économies et efficacité) des activités.

Examen des données financières – On a examiné les données financières de 2010-2011 à 2014-2015, y compris les dépenses prévues au budget et les dépenses réelles.

Entrevues auprès d'informateurs clés – Des entrevues ont été menées auprès de 76 intervenants (CSMC [n=10]; Agence de la santé publique du Canada [n=31]; Santé Canada [n=8]; autres ministères ou organismes gouvernementaux [n=5]; intervenants provinciaux et territoriaux [n=3]; partenaires externes [n=6]; milieu universitaire [n=5]; et STHC [n=5]). Les entrevues ont été réalisées par deux membres de

l'équipe d'évaluation, dont l'un avait comme responsabilité principale la prise de notes. Les notes et les transcriptions ont été analysées à l'aide de NVIVO.

Analyse internationale – Les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni ont procédé à un examen des activités relatives à la santé mentale et aux maladies mentales en parcourant les sites Web de santé publique des différents pays.

Revue de la littérature – On a effectué une recherche de la littérature canadienne et internationale des cinq dernières années en utilisant les termes de recherche « Canada », « maladies mentales » et « santé mentale ». Après avoir examiné les documents pour en assurer la pertinence, on a analysé 62 articles.

Examen des données sur le rendement – On a examiné les données sur le rendement lié à un groupe d'activités de secteur de 2010-2011 à 2014-2015 (enquête sur la satisfaction des intervenants, enquête sur la mise à jour des connaissances, analytique Web, rapports sur le rendement des projets et rapports d'évaluation).

Sondage Web auprès des intervenants – Un sondage en ligne a été mené sur le terrain du 22 avril au 5 mai 2015 auprès de 130 intervenants proposés par le CPS et le CPCMC. On a comptabilisé 25 sondages remplis au complet, ce qui donne un taux de réponse de 22 %. Un sondage a également été mené du 20 février au 10 mars 2015 auprès des participants à la conférence du RCRID. Les répondants avaient le choix de la remplir en ligne ou sur papier. Il y a eu en tout 94 répondants. On estime que 330 chercheurs, cliniciens, décideurs et personnes ayant vécu l'expérience d'une maladie mentale ou d'un trouble mental.

Les données, recueillies à partir des différentes sources et au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Cela comprend : la compilation, l'examen et la synthèse systématiques des données pour illustrer les constatations clés; l'analyse statistique des données quantitatives issues des bases de données; l'analyse thématique des données qualitatives; et l'analyse comparative des données provenant de diverses sources pour valider les constatations générales.

Notes en fin de texte

- ¹ Organisation mondiale de la Santé. (1954). *Outline for a Study Group on World Health and the Survival of the Human Race. Material drawn from articles and speeches by Brock Chisholm*. Geneva
- ² Nations unies. (2015). *Sustainable Development Goals*. Document consulté le 16 octobre 2015 à l'adresse : <https://sustainabledevelopment.un.org/topics>
- ³ Agence de la santé publique. (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. Document consulté le 27 août 2015 à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf
- ⁴ Agence de la santé publique. (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf
- ⁵ Agence de la santé publique. (2015). *Evaluation of the Innovation Strategy 2009-2010 to 2013-14*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2014-2015/eis-sie/index-eng.php
- ⁶ Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities: A report for WHO Europe and the Mental Health Foundation*. Organisation mondiale de la Santé. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
- ⁷ Sénat du Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm>
- ⁸ Organisation mondiale de la santé. (2013). *World Health Organization's Comprehensive Mental Health Action*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- ⁹ Gouvernement du Canada (2013). Plan d'action économique de 2013. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-eng.pdf>
- ¹⁰ Santé Canada. (2013). *Departmental Performance Report 2013-2014*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/2013-2014/report-rapport-eng.php#a2-1-1-1>
- ¹¹ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Report on Planning and Priorities 2013-14*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rpp/2013-2014/assets/pdf/rpp-2013-2014-eng.pdf>
- ¹² Statistique Canada. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm>
- ¹³ Commission de la santé mentale du Canada. *The Facts*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/the-facts/>
- ¹⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Measuring Positive Mental Health in Canada: Infographic*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pdf/pmh-smp2-eng.pdf>
- ¹⁵ Commission de la santé mentale du Canada. *The Facts*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/the-facts/>
- ¹⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Mental Illness in Canada*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/index-eng.php>

- ¹⁷ Organisation de coopération et de développement économiques. (2014). *Making Mental Health Count*. Document consulté le 16 juillet 2015 à l'adresse : <http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
- ¹⁸ Commission de la santé mentale du Canada. *The Facts*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/the-facts/>
- ¹⁹ Commission de la santé mentale du Canada. *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. Document consulté le 16 juillet 2015 à l'adresse : http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf
- ²⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Mental Illness in Canada*. <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/index-eng.php>
- ²¹ Statistique Canada. CANSIM Table 102-0551. Document consulté le 15 octobre 2015 à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/hlth66a-eng.htm>
- ²² Association canadienne pour la santé mentale. *Suicide and Youth*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : http://toronto.cmha.ca/mental_health/youth-and-suicide/
- ²³ Association canadienne pour la santé mentale. *Suicide and Youth*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : http://toronto.cmha.ca/mental_health/youth-and-suicide/
- ²⁴ Commission de la santé mentale du Canada. *The Facts*. Document consulté le 9 juillet 2015 à l'adresse : <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/the-facts/>
- ²⁵ Statistique Canada. CANSIM Table 102-0551. Document consulté le 15 octobre 2015 à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/hlth66a-eng.htm>
- ²⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Mental Illness in Canada*. <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/index-eng.php>
- ²⁷ Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/informing-future-mental-health-indicators-canada>
- ²⁸ Sénat du Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm>
- ²⁹ Sénat du Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm>
- ³⁰ *ibid*
- ³¹ Organisation mondiale de la Santé. (2013). *WHO Updates: WHO Director-General launches mental health action plan*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.who.int/dg/speeches/2013/launch_mental_health_action_plan/en/
- ³² Nations Unies. (2015). *Sustainable Development Goals*. Document consulté le 16 octobre 2015 à l'adresse : <https://sustainabledevelopment.un.org/topics>
- ³³ Nations Unies (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
- ³⁴ Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Documents internes

- ³⁵ Commission de la santé mentale du Canada. *Stigma*. Document consulté le 16 juillet 2015 à l'adresse : <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/issues/stigma>
- ³⁶ Ibid
- ³⁷ Bell Canada (2015) Bell Let's Talk The first 5 years. Document consulté le 4 janvier 2016 à l'adresse : <http://letstalk.bell.ca/letstalkprogressreport>
- ³⁸ Gouvernement du Canada. (2015). *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Mental Illness in Canada, 2015*. Document consulté le 12 octobre 2015 à l'adresse : <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/index-eng.php>
- ³⁹ O'Donnell, S., Vanderloo S., McRae, L., Onysko, J., Patten, S.B., & Pelletier, L. (2015) Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. June (17), 1-10.
- ⁴⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- ⁴¹ Gouvernement du Canada. (2015). *Economic Action Plan 2015*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://actionplan.gc.ca/en/initiative/investing-mental-health-research#sthash.Nm42wdHC.dpuf>
- ⁴² Commission de la santé mentale du Canada. *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. Document consulté le 16 juillet à l'adresse : http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf
- ⁴³ Agence de la santé publique du Canada. (2009). Investing in prevention – The economic perspective: Key findings from a survey of the recent evidence. Document consulté à l'adresse : <http://www.PublicHealthAgencyofCanada-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/preveco-eng.pdf>.
- ⁴⁴ Roberts, G and Grimes, K. (2011). *Return on Investment: Mental Health Promotion and Mental Illness in Prevention*. Canadian Policy Network at the University of Western Ontario. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/roi_mental_health_report_en.pdf
- ⁴⁵ Gouvernement du Canada. (2015). *Plan d'action économique de 2015*. Retrieved on August 7, 2015, from <http://actionplan.gc.ca/en/initiative/investing-mental-health-research#sthash.Nm42wdHC.dpuf>
- ⁴⁶ Gouvernement du Canada. (2015). *Plan d'action économique de 2015*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://actionplan.gc.ca/en/initiative/investing-mental-health-research#sthash.Nm42wdHC.dpuf>
- ⁴⁷ Government of Canada. (2015). *Plan d'action économique de 2015*. Document consulté le 7 août 2015 à l'adresse : <http://actionplan.gc.ca/en/initiative/investing-mental-health-research#sthash.Nm42wdHC.dpuf>
- ⁴⁸ Organisation mondiale de la Santé. (1954). *Outline for a Study Group on World Health and the Survival of the Human Race. Material drawn from articles and speeches by Brock Chisholm*. Geneva
- ⁴⁹ Nations Unies. (2015). *Sustainable Development Goals*. Document consulté le 16 octobre 2015 à l'adresse : <https://sustainabledevelopment.un.org/topics>