



À bout de bras

Comprendre comment
les organismes communautaires
en santé mentale ont fait face
à la pandémie de COVID-19

Mars 2022



Association canadienne
pour la santé mentale
La santé mentale pour tous



ans dans la
communauté

À propos de l'Association canadienne pour la santé mentale

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

Le bureau de l'Association canadienne pour la santé mentale, National est situé à Toronto, sur le territoire traditionnel non cédé des Mississauga de New Credit, des Haudenosaunees et des Hurons-Wendat.

Pour en savoir plus, communiquez avec :

Sarah Kennell
Directrice nationale, Politiques publiques
416-646-5557, poste 24999
skennell@cmha.ca

Demandes des médias :

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

Rapport sommaire

La pandémie de COVID-19 a eu des effets dévastateurs sur la santé mentale, la consommation de substances et l'itinérance au Canada¹. En 2021, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a entrepris un projet de recherche à l'échelle de sa fédération pour comprendre comment les organismes communautaires du secteur de la santé mentale ont été touchés par la pandémie et comment ils y ont fait face. Les résultats obtenus nous ont aidés à déterminer les mesures fédérales qui s'imposent pour que ces mêmes organismes – et leur clientèle – puissent traverser la pandémie et se relever. Dans le cadre de cette étude dirigée par Leyna Lowe, Ph. D., nous avons réalisé des entrevues auprès de 21 participantes et participants représentant 18 différentes filiales et divisions de l'ACSM, dans 10 provinces et au Yukon.

L'ACSM National souhaite dédier cette étude aux fournisseurs de services communautaires en santé mentale et aux défenseurs d'intérêts en la matière, qui travaillent sans relâche depuis bien avant le début de la pandémie pour offrir des soins et du soutien en santé mentale aux quatre coins du pays. Nous vous remercions des efforts inébranlables que vous avez déployés pour offrir des soins fiables, novateurs, sûrs, équitables, respectueux et de qualité.

Nos recherches ont montré que la pandémie a :

- **Eu des effets dévastateurs sur la santé mentale, la consommation de substances et l'itinérance au pays, en plus de mettre en évidence l'augmentation des besoins, nouveaux et préexistants, en matière de services et de soutien en santé mentale et dépendances.**
- **Rendu visible la mosaïque des systèmes de soins de santé mentale répartis dans les secteurs privé, public et sans but lucratif. Les programmes, services et soutiens en santé mentale et dépendances que fournit le secteur sans but lucratif sont cruciaux et doivent être mieux intégrés.**
- **Fait ressortir l'insuffisance et la précarité du financement des services sans but lucratif en santé mentale et dépendances que fournissent des organismes de bienfaisance.**
- **Surchargé le secteur de la santé mentale communautaire et sa main-d'œuvre déjà à bout de souffle.**

Principales conclusions :

La pandémie a eu des effets dévastateurs sur la santé mentale, la consommation de substances et l'itinérance au pays, en plus de mettre en évidence l'augmentation des besoins, nouveaux et préexistants, en matière de services.

- Les secteurs public et sans but lucratif qui offrent des services et soutiens en santé mentale et dépendances font face à une demande importante et croissante, y compris pour des services continus de soutien psychologique ou de psychothérapie virtuels et en personne.

« Les listes d'attente s'allongent, et les délais d'accès aux services aussi, surtout pour le soutien psychologique. »

« [...] les rencontres régulières avec un même conseiller spécialisé avec qui vous développez une relation pour surmonter des années de traumatisme ou de maladie chronique, c'est vraiment très difficile à trouver. »

- Les services de santé mentale virtuels ont amélioré l'accès de certaines personnes aux services, mais constituent un obstacle pour d'autres qui ont un accès limité aux technologies, notamment les personnes âgées et celles qui ont un faible revenu.

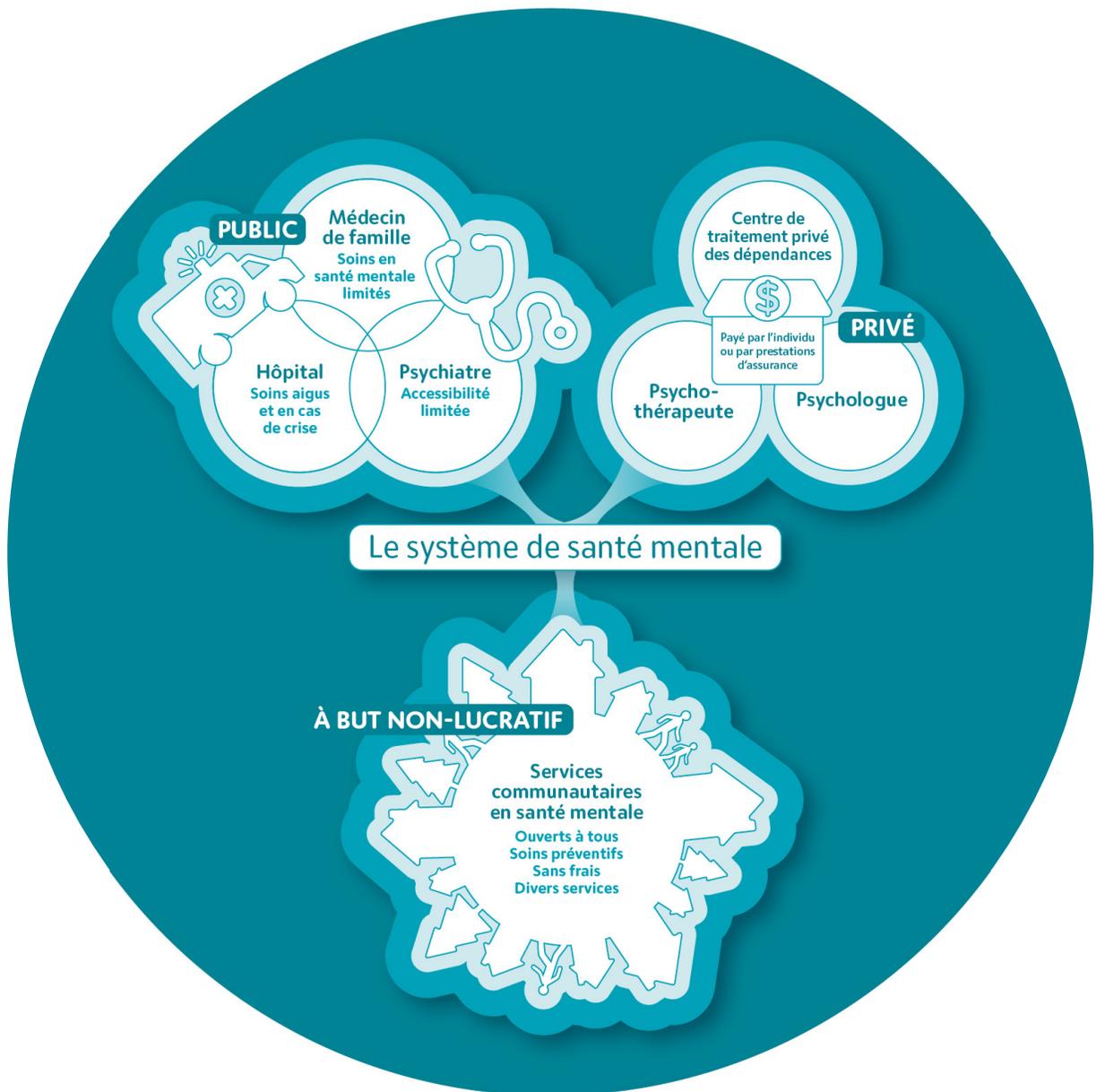
« Nous avons entendu que le passage aux services virtuels avait bénéficié aux gens [...] qui ont accès aux technologies. L'envers de la médaille, c'est que la transition a en fait compliqué l'accès aux services spécialisés en santé mentale et en dépendances pour les personnes à faible revenu, qui sont davantage marginalisées et qui n'ont pas accès à Internet, à un ordinateur ou à un téléphone. »

Le système de soins que nous connaissons forme une mosaïque de programmes, services et soutiens offerts par les secteurs privé, public et sans but lucratif.

- Les services et soutiens en santé mentale et dépendances que fournit le secteur sans but lucratif sont cruciaux et doivent être mieux intégrés.

« Je crois qu'il y a un travail intéressant à faire [...] pour rééquilibrer la relation entre les services cliniques gouvernementaux et le soutien communautaire en santé mentale. Tant qu'on ne raccordera pas ces deux milieux isolés autrement que par les recommandations de patients, les gens n'auront pas la garantie qu'ils ont obtenu le type de soutien qu'il leur faut. »

« J'en ai vraiment assez qu'ils [la santé mentale et la santé physique] soient déconnectés. Ils forment un tout, à l'image de notre corps, qui n'est qu'un grand système [...] Notre approche doit être plus holistique, afin de relier tous les éléments entre eux. Ne gardons pas la santé mentale d'un côté, et le soutien, la communauté et le diabète de l'autre. Je crois qu'il faut ajouter des couches de soutien communautaire et de services de santé mentale, et les connecter à la santé physique... Ne [les] séparons pas, cela ne ferait que perpétuer les préjugés. »



Le financement octroyé aux organismes de bienfaisance qui offrent des services communautaires en santé mentale et dépendances est précaire et insuffisant.

- Les ACSM estiment que les organismes communautaires du secteur de la santé mentale sont actuellement sous-financés. En effet, la santé mentale et le traitement des dépendances ne représentent que de 5 à 6 % de l'ensemble des dépenses de santé des provinces et des territoires. Et une portion seulement est réservée aux organismes communautaires de santé mentale.

« Parce que la santé mentale communautaire a été extrêmement sous-financée, tous les éléments sont quelque peu fragmentés... Collectivement, nous recevons un peu d'argent d'un côté pour ce programme, un petit financement pour cet autre programme, et on se retrouve coincés avec ces ententes de financement [...] »

- Le financement d'urgence et de courte durée devrait être remplacé par du financement de base, durable et stable.

« Ce sont ces petites sommes d'argent qui ne sont jamais suffisantes pour offrir le service que l'on attend de nous... [...] les contrats sont en retard, l'argent n'arrive pas à temps, on doit indiquer à quoi il a servi, et puis la prochaine vague de propositions recommence, car la fin de l'année approche. Il est difficile de retenir du personnel qualifié dans ces programmes quand on ne peut jamais leur promettre de la stabilité. Et comment pouvons-nous avoir une stratégie de travail et de planification quand, année après année, tout ce que l'on se demande, c'est : "Comment puis-je me verser un salaire? Comment payer mon personnel administratif? Comment payer le loyer? Comment payer mon équipe lorsqu'il n'y a plus d'argent?" »

Le système de santé mentale communautaire et sa main-d'œuvre subissent une pression importante.

- À cause du sous-financement chronique, beaucoup de travailleuses et travailleurs en santé mentale et en consommation de substances touchent des salaires inférieurs, sont surchargés, ressentent une forte usure de compassion, sont exposés aux traumatismes et présentent un risque d'épuisement professionnel. Ces effets du sous-financement se sont accentués pendant la pandémie.

« C'était très stressant. Plusieurs se sont fait un devoir de mettre les bouchées doubles vu les circonstances et notre mandat, mais ç'a souvent été au détriment de leur bien-être et de leur vie personnelle, déjà minés par la pandémie. Il y avait aussi cette pression autour des heures supplémentaires chez les professionnels de la santé mentale. J'y vois donc un double impact en quelque sorte. »

« Les listes d'attente s'allongent, et les délais d'accès aux services aussi. »

« Le système communautaire ne peut pas continuer de maintenir le soutien et les interventions pour répondre à des besoins croissants avec le modèle de financement en place. »

Recommandations

Les organismes communautaires jouent un rôle vital dans la prestation d'aide et de services essentiels en santé mentale et dépendances au Canada. Pourtant, nous sommes arrivés à un point où ces organismes et leur personnel sont à bout de souffle. Il est grand temps de mieux financer et soutenir nos services, et de mieux les intégrer dans le système de santé afin de permettre à chaque personne, quelle qu'elle soit et où qu'elle vive au pays, d'accéder aux soins et au soutien de santé mentale dont elle a besoin. La santé et le bien-être de notre population sont en jeu.

Voici les recommandations qui émanent de l'étude :

Recommandation 1 : Accroître le financement octroyé aux services et soutiens communautaires essentiels de santé mentale et de dépendance, et renforcer leurs capacités

Prévoir un financement fédéral stable à long terme pour le secteur de la santé mentale communautaire afin d'offrir des services et du soutien essentiels, et renforcer la responsabilisation en lien avec l'intégration de ces services dans la planification et la prestation de notre système de santé. Voici des exemples de programmes, services et soutiens essentiels : orientation des patients, soutien par les pairs, présence d'accompagnement et de mesures de soutien pour le rétablissement, centres de détresse ouverts en tout temps offrant un aiguillage vers des programmes communautaires, équipes mobiles d'intervention en situation de crise, programmes de prévention du suicide, programmes de proximité en matière de santé mentale pour les jeunes, programmes de santé mentale offerts sur les campus, programmes de développement autonome des compétences en santé mentale (comme le programme Retrouver son entrain), équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD), programmes de santé mentale en milieu de travail, services de premiers soins en santé mentale, soutien en santé mentale pour les proches aidants, programmes d'apprentissage socioémotionnel dans les écoles, aides au logement et à l'emploi, etc.

Recommandation 2 : Accroître le soutien aux programmes et aux stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales et des dépendances

Accroître la capacité des organismes communautaires de santé mentale à promouvoir la santé mentale et à offrir des programmes et services de prévention des maladies mentales afin de décharger le système de soin de courte durée et de voir à ce que la santé mentale de l'ensemble de la population canadienne soit prise en charge durant et après la pandémie de COVID-19.

Recommandation 3 : Financer publiquement les services communautaires de soutien psychologique et de psychothérapie

Octroyer des fonds publics pour les services communautaires de soutien psychologique et de psychothérapie, y compris les conseillers en santé mentale et dépendances, les programmes d'intervention structurés (p. ex., la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique), le traitement communautaire dynamique, le soutien en situation de crise, les services de psychiatrie, les programmes d'intervention précoce en cas de psychose et le soutien psychologique de groupe, entre autres.

Recommandation 4 : Accroître les investissements dans le logement, le soutien au revenu et la sécurité alimentaire

Un meilleur leadership fédéral s'impose, en collaboration avec les provinces, les territoires et les municipalités, afin que l'ensemble de la population canadienne, y compris les personnes vivant avec un trouble de santé mentale ou un problème de consommation, ait accès à un soutien au revenu et à des logements sécuritaires et abordables.

Reconnaissance

L'ACSM National souhaite dédier cette étude aux fournisseurs de services communautaires en santé mentale et aux défenseurs d'intérêts en la matière, qui travaillent sans relâche depuis bien avant le début de la pandémie pour offrir des soins et du soutien en santé mentale aux quatre coins du pays. Nous vous remercions pour les efforts inébranlables que vous avez déployés pour offrir à votre clientèle et aux communautés les soins et les services de santé mentale dont ils avaient besoin durant la pandémie. Merci, et continuons de nous serrer les coudes pour bâtir un système de santé mentale pleinement intégré, où la santé mentale est un droit universel de la personne.

Remerciements

Le bureau national de l'Association canadienne pour la santé mentale remercie les représentants de toutes les sphères de la vaste fédération de l'ACSM qui ont accepté avec enthousiasme de se soumettre à une entrevue dans le cadre de cette étude. Vous avez pris le temps de nous faire part avec grande générosité de votre point de vue, de votre travail et de vos expériences alors que vous bravez la tempête qu'est la COVID-19.

Introduction

*Je crois que la crise de santé mentale associée à la pandémie ne fait que commencer.
- Participant 5, ACSM de la région d'Edmonton*

La COVID-19 a eu des conséquences sans précédent sur la santé mentale et physique de la population canadienne. La maladie, la perte d'êtres chers, les licenciements, la distanciation physique, les arrêts de santé publique ordonnant de rester à domicile, les confinements et les fermetures d'écoles et de services de garde ont conduit pour plusieurs au deuil, aux traumatismes, au stress, à la solitude et aux préjudices. Le virus a changé la façon dont nous travaillons, notre quotidien et la façon dont nous nous entendons et établissons des relations les uns avec les autres.

Au cours des deux dernières années, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), en partenariat avec des chercheuses et chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique, a sondé la population canadienne pour caractériser leur santé mentale et leur bien-être durant la pandémie. C'est ainsi que nous avons appris que la santé mentale des Canadiennes et Canadiens s'est détériorée tout au long de la pandémie. En effet, depuis le début de la pandémie, en moyenne, 37 % des répondants ont affirmé que leur état de santé mentale est pire qu'avant la pandémie ². Près de la moitié (46 %) des personnes au Canada ont déclaré ressentir du stress ou de l'inquiétude face à l'incertitude prolongée causée à la pandémie, et 60 % des répondants ressentent du stress ou de l'inquiétude face à l'émergence de nouveaux variants ³:

- Les personnes **ayant déjà des problèmes de santé mentale** étaient plus de deux fois plus susceptibles de dire que leur santé s'était détériorée.
- **Les personnes ayant un faible revenu** étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des difficultés à composer avec la situation.
- **Les populations autochtones** ont signalé des répercussions plus importantes sur leur santé mentale que le grand public, les femmes autochtones éprouvant un niveau accru d'anxiété modérée ou grave ⁴.

Ces résultats pourraient n'être que la pointe de l'iceberg. Alors que le temps passe et que nous en apprenons de plus en plus sur ce virus en constante évolution, le retour à la « normale » qu'espèrent

plusieurs d'entre nous semble inaccessible. Le virus pourrait devenir « endémique » et s'incruster dans nos vies, un peu comme rhume ou la grippe⁵. Les symptômes physiques persistants de la « COVID-19 de longue durée » sont souvent accompagnés de problèmes de santé mentale (comme la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique⁶), et les personnes vivant une situation de deuil, de traumatisme ou de stress causés par la pandémie ou tentant de s'en remettre auront besoin de soutien.

Les catastrophes – comme les catastrophes environnementales, les guerres et les récessions économiques – ont démontré que l'être humain fait preuve d'une résilience remarquable lorsqu'il doit composer avec la détresse psychologique et s'en remettre. En revanche, les catastrophes sont aussi à l'origine de taux accrus de problèmes de santé mentale, de problèmes de dépendance et de suicide, les symptômes persistant parfois durant des années⁷.

C'est de là que viennent les mises en garde à propos de la COVID-19, et l'imminent « tsunami » de trouble de santé mentale⁸.

Bien que la pandémie ait mis en lumière l'importance cruciale des programmes et services de santé mentale, elle a également mis en relief les failles de notre système. Alors que de plus en plus de Canadiens essaient d'accéder à des services de santé mentale durant la pandémie, ils se sont butés à de nombreuses embûches : listes d'attente, coûts élevés des services et mosaïque de services complexe et chaotique. En mars 2020, le gouvernement du Canada a déclaré que les services de santé mentale devaient rester ouverts durant le confinement puisqu'ils étaient considérés comme « essentiels »⁹. L'inaccessibilité des soins de santé mentale nous pousse toutefois à nous demander s'il s'agit réellement d'un volet « essentiel » de notre système de santé.

Selon la Loi canadienne sur la santé, qui définit les normes du système de santé universel canadien, chaque province et territoire doit assurer sans frais les services « médicalement nécessaires » prodigués par des médecins et dans les hôpitaux. Cela exclut généralement les services communautaires de santé mentale ainsi que les soins de santé mentale privés, qui sont hors de la portée de bien des Canadiens en raison des coûts, de l'emplacement et d'autres obstacles.

Ce document présente nos recommandations formulées au gouvernement du Canada pour le rétablissement après la pandémie. Il préconise également de mieux encadrer et d'intégrer la santé mentale collective dans notre système de santé, et d'augmenter les investissements dans les déterminants sociaux de la santé (par exemple le logement et la sécurité alimentaire et du revenu). Il cible des secteurs où des investissements fédéraux, un meilleur leadership et une collaboration accrue avec d'autres ordres de gouvernement pourront renforcer notre système de santé durant la pandémie et après. Les recommandations reposent sur les entrevues menées auprès de membres du personnel représentant 18 différentes filiales, régions et divisions de l'ACSM réparties dans 10 provinces et un territoire au Canada. Ces représentants sont des fournisseurs de services de première ligne, des directeurs de programmes, des spécialistes en politiques et des cadres.

Nos recherches nous ont appris que la pandémie a été particulièrement éprouvante pour la santé mentale de la population canadienne et qu'elle a, dans de nombreux cas, poussé à ses limites la capacité du secteur de la santé mentale communautaire et de son effectif. Nos communautés ont non seulement été aux prises avec les répercussions de la pandémie sur la santé mentale, mais aussi avec ce qu'on appelle une « syndémie », soit la manifestation simultanée de multiples problèmes intersectionnels¹⁰. Ensemble, la pandémie de COVID-19, l'intoxication aux opioïdes, le mouvement de justice raciale et la crise climatique ont mené à :

- un accroissement du nombre d'incidents et de décès causés par les intoxications aux opioïdes, alors qu'on observait une baisse avant la pandémie;
- une augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance, sans emploi, et en situation de précarité du logement et d'insécurité alimentaire, et à la création d'une plus grande demande pour des services de proximité, des logements et du soutien au revenu;
- une détérioration de la santé mentale des personnes déjà vulnérables avant la pandémie, notamment celles atteintes de troubles mentaux et de problèmes de dépendance préexistants et plus complexes;
- une perturbation des réseaux habituels de soutien social sur lesquels les gens s'appuient pour leur santé mentale et leur bien-être – cela inclut la famille, les amis, les enseignants, les collègues et les groupes et programmes communautaires;
- une augmentation de la demande pour des services de santé mentale (services d'intervention en situation de crise, soutien psychologique et de proximité), ainsi que pour la promotion de la santé mentale;
- un fardeau disproportionné pesant sur les jeunes, les personnes ayant des besoins en santé mentale préexistants et complexes, les peuples autochtones, les communautés noires et racisées, les immigrants et les réfugiés;
- un accroissement de la pression exercée sur le personnel offrant des services en santé mentale et dépendances.

Pour ces raisons, nous avons formulé les recommandations suivantes :

Recommandation 1 : Accroître le financement octroyé aux services et soutiens communautaires essentiels de santé mentale et de dépendance, et renforcer leurs capacités

Prévoir un financement fédéral stable à long terme pour le secteur de la santé mentale communautaire afin d'offrir des services et du soutien essentiels, et renforcer la responsabilisation en lien avec l'intégration de ces services dans la planification et la prestation de notre système de santé. Voici des exemples de programmes, services et soutiens essentiels : orientation des patients, soutien par les pairs, présence d'accompagnement et de mesures de soutien pour le rétablissement, centres de détresse ouverts en tout temps offrant un aiguillage vers des programmes communautaires, équipes

mobiles d'intervention en situation de crise, programmes de prévention du suicide, programmes de proximité en matière de santé mentale pour les jeunes, programmes de santé mentale offerts sur les campus, programmes de développement autonome des compétences en santé mentale (comme le programme Retrouver son entrain), équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD), programmes de santé mentale en milieu de travail, services de premiers soins en santé mentale, soutien en santé mentale pour les proches aidants, programmes d'apprentissage socioémotionnel dans les écoles, aides au logement et à l'emploi, etc.

Recommandation 2 : Accroître le soutien aux programmes et aux stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales et des dépendances

Accroître la capacité des organismes communautaires de santé mentale à promouvoir la santé mentale et à offrir des programmes et services de prévention des maladies mentales afin de décharger le système de soin de courte durée et voir à ce que la santé mentale de l'ensemble de la population canadienne soit prise en charge durant et après la pandémie de COVID-19.

Recommandation 3 : Financer publiquement les services communautaires de soutien psychologique et de psychothérapie

Octroyer des fonds publics pour les services communautaires de soutien psychologique et de psychothérapie, y compris : les conseillers en santé mentale et dépendances, les programmes d'intervention structurés (p. ex., la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique), le traitement communautaire dynamique, le soutien en situation de crise, les services de psychiatrie, les programmes d'intervention précoce en cas de psychose et le soutien psychologique de groupe, entre autres.

Recommandation 4 : Accroître les investissements dans le logement, le soutien du revenu et la sécurité alimentaire

Un meilleur leadership fédéral s'impose, en collaboration avec les provinces, les territoires et les municipalités, afin de faire en sorte que l'ensemble de la population canadienne, y compris les personnes vivant avec un trouble de santé mentale ou un problème de consommation, ait accès à un soutien au revenu et à des logements sécuritaires et abordables.

S'inspirant du point de vue des personnes aux premières lignes de la pandémie, ce document conclut, preuves solides à l'appui, que le moment est venu d'investir dans la santé mentale. En effet, si nous ne renforçons pas notre infrastructure fondamentale en santé mentale, la santé et le bien-être de la population canadienne pourraient continuer à se détériorer. Avec les bons investissements et une étroite collaboration entre les gouvernements, nous pouvons encore éviter le tsunami.



Méthodologie

Les recommandations formulées dans ce document ont été formulées à partir d’entrevues menées auprès d’intervenants clés (fournisseurs de services de première ligne, gestionnaires et cadres de programmes, spécialistes des politiques et cadres des filiales, régions et divisions de l’ACSM de partout au pays). Les personnes participantes ont été recrutées au moyen d’une invitation envoyée par courriel aux leaders des divisions provinciales et territoriales de l’ensemble de la fédération de l’ACSM. Nous avons également employé une méthode de sondage en boule de neige (par le bouche-à-oreille et les recommandations) ainsi que le recrutement ciblé. Pour garantir une bonne représentation des régions, nous avons retenu au moins un intervenant clé pour chaque province et pour le Yukon; dans la mesure du possible, tant les régions urbaines que rurales ont été représentées. Au total, nous avons interrogé 21 participants de 18 filiales ou divisions de l’ACSM. Ces entrevues ont été effectuées et enregistrées sur Microsoft Teams lors de séances individuelles ou en paires (sur demande des participants).

Avant les entrevues, nous avons transmis aux participants des copies électroniques du guide d’entrevue et du formulaire de consentement. Nous leur avons donné le choix d’une identification par leur nom et leur poste, ou d’une contribution anonyme (seule leurs filiale, région ou division de l’ACSM apparaît dans le rapport final).

Les entrevues ont été transcrites et codées par thèmes et sous-thèmes. Les participants ont pu prendre connaissance des commentaires qui leur sont attribués.

Cette recherche – y compris l’élaboration du projet et la collecte, la codification et l’analyse des données – et la rédaction du présent document ont été effectués par Leyna Lowe, Ph. D., analyste nationale de la recherche et des politiques, ACSM National. La recherche et les recommandations présentées dans ce rapport ont été passées en revue par le groupe de travail sur les politiques publiques de l’ACSM, composé d’experts en politiques représentant les filiales, régions et divisions provinciales et territoriales de l’Association partout au Canada, en consultation avec le Conseil national des personnes ayant une expérience vécue (CNPEV), le Groupe de référence sur les politiques publiques du Conseil d’administration et le Conseil d’administration national.



ACSM : À propos de nous

L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est l'organisme communautaire du secteur de la santé mentale le plus vaste et le mieux établi au Canada. Fondée en 1918, l'ACSM est l'organisation sans but lucratif ayant servi le plus longtemps au pays. Nous avons un bureau national, situé à Toronto, en Ontario, 11 divisions provinciales et territoriales et 74 filiales ou régions locales agissant à l'échelle municipale. La fédération de l'ACSM est présente dans plus de 330 communautés; elle compte plus de 5 000 employés et 11 000 bénévoles et membres.

Les ACSM de partout au Canada ont des tailles, des portées et des portefeuilles de services et de programmes très diversifiés. Parmi les filiales, les régions et les divisions participant à cette étude, le plus petit bureau emploie sept membres du personnel et le plus gros, près de 500¹¹. Certaines filiales et régions desservent un secteur relativement petit (urbain, rural ou les deux), tandis que d'autres couvrent une région géographique beaucoup plus vaste et offrent des programmes et services à un grand centre urbain et à ses communautés périphériques. Les divisions de l'ACSM offrent quant à elles des programmes et services dans l'ensemble de leur province ou territoire, ou au niveau local.

Puisque la plupart des filiales et régions de l'ACSM fonctionnent de façon hyperlocale et locale, les programmes qu'elles offrent varient considérablement selon les besoins de la communauté et le financement reçu. Si certaines se spécialisent presque exclusivement dans les programmes de promotion de la santé mentale (programmes en milieu scolaire, centres de proximité, formations sur la santé mentale données en milieu de travail), d'autres reçoivent du financement gouvernemental pour offrir des services cliniques et directs (soutien psychologique, soutien par les pairs, gestion des cas sévères, intervention en situation de crise, logements de transition et supervisés, soins en clinique externe ou programmes de traitement en établissement pour les personnes en rétablissement d'un trouble de consommation de substance).

Dans l'ensemble des ACSM, nous avons comme philosophie d'agir avant la crise. Nous croyons que l'on peut faire beaucoup plus dans les communautés pour promouvoir la santé mentale, prévenir la maladie mentale et intervenir rapidement. Le gouvernement canadien investit généralement dans un système de « soins des maladies », avec des soins et des lits de courte durée pour les gens malades ou en

ou en situation de crise. Certes, les soins de courte durée sont essentiels, mais on pourrait en faire tellement plus, plus tôt. Les ACSM offrent des types de services et de soutien en santé mentale qui ne sont pas toujours accessibles dans le système de santé public. Ces programmes, services, ressources et soutiens communautaires aident les personnes atteintes de maladies mentales à se rétablir, contribuent à prévenir les problèmes de santé mentale avant qu'ils se manifestent et favorisent une santé mentale positive dans les écoles, les campus, les milieux de travail et la collectivité en général. Il s'agit de services importants qui désengorgent le système de soins de courte durée en prévenant les problèmes de santé mentale ou en les prenant en charge rapidement.

À l'échelle nationale, l'ACSM travaille au nom de ses filiales, régions et divisions à promouvoir le changement dans le système de santé mentale, éduque la population sur la santé mentale et sur les façons d'en prendre soin, et travaille à changer les mentalités et les comportements afin de créer un climat de compréhension et d'acceptation au sein de la société.

À l'échelle provinciale, territoriale et locale, plusieurs ACSM s'impliquent aussi dans l'élaboration de politiques et militent auprès des gouvernements en faveur de changements dans le système de santé mentale. Certaines ACSM réalisent des études primaires pour appuyer leurs programmes, services et efforts de représentation.

Nous appelons « santé mentale communautaire » les programmes, services et mesures de soutien que nous offrons actuellement. Cette notion est ancrée dans l'histoire. Après tout, les asiles, précurseurs de notre système de santé mentale moderne, avaient d'abord une vocation de refuges – ou de communautés – thérapeutiques pour les personnes atteintes de maladies mentales. Malheureusement, bon nombre de ces établissements sont plutôt devenus des espaces où l'isolement, la négligence et les abus des droits de la personne régnaient en maîtres. Le volume croissant de critiques sur les conditions des asiles au 20^e siècle et l'accès à de nouveaux médicaments et traitements pour les maladies mentales ont pavé la voie à l'avènement d'une période appelée « désinstitutionnalisation ». Dans les années 1950 et 1960, les asiles ferment graduellement leurs portes; désormais, c'est dans les hôpitaux et la collectivité que sont offerts les traitements pour la maladie mentale¹². Le fondateur de l'ACSM, le Dr Clarence Hincks, était un réformiste social qui a joué un rôle majeur dans la désinstitutionnalisation des services de santé mentale vers les milieux communautaires au Canada. Lorsqu'il a fondé l'ACSM en 1918, alors appelée le Comité national canadien de l'hygiène mentale (CNCHM), son but était de faire progresser « l'amélioration d'établissements ayant pour vocation le diagnostic et le traitement des cas existants d'incapacité mentale, et pour créer un programme de prévention¹³ ». Toutefois, il convient de souligner que malgré la volonté d'améliorer le traitement des patients, le Dr Hincks et certaines politiques et pratiques du CNCHM appuyaient aussi la violation des droits de la personne, notamment par le non-respect de l'égalité raciale et ethnique, de l'intégrité physique et de l'autodétermination.

Le sous-financement chronique est un problème de longue date dans le secteur de la santé mentale communautaire, qui est majoritairement composé d'organismes et d'agences de bienfaisance sans but lucratif. Les fournisseurs de services de santé mentale en milieu communautaire offrent une grande

variété de services et de soutiens en santé mentale et en consommation de substances qui sont essentiels au maintien de la santé mentale et du bien-être de la population canadienne. Pourtant, ces programmes et services ne sont pas, pour la plupart, couverts par les régimes d'assurance-maladie (systèmes publics de santé canadiens).

Prestation des services communautaires en santé mentale

Au Canada, la responsabilité des régimes d'assurance-maladie est partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Au fédéral, la Loi canadienne sur la santé établit les normes et les règles de notre système de santé public. Les provinces et les territoires reçoivent des paiements de transfert et se chargent de la gestion, de l'organisation et de la prestation des soins de santé par l'entremise de leurs régimes d'assurance individuels, selon les normes¹⁴. La Loi canadienne sur la santé précise que les provinces et territoires doivent minimalement couvrir les services « médicalement nécessaires » offerts par les médecins et dans les hôpitaux. Les provinces et les territoires peuvent choisir d'offrir d'autres services de santé assurables au-delà de ce qui est défini dans la Loi canadienne sur la santé¹⁵. Dans les régimes d'assurance-maladie canadiens, la plupart des services de santé mentale ne sont couverts que s'ils sont offerts par des médecins, dans des hôpitaux ou par des équipes de santé familiale (des équipes multidisciplinaires de professionnels de la santé travaillant dans un cabinet). Par conséquent, ils ne correspondent pas à la définition des soins « médicalement nécessaires » de la Loi canadienne sur la santé. Les services de santé mentale offerts dans la communauté par des agences et des organismes communautaires sont donc exclus des régimes d'assurance-maladie. Cependant, les provinces et les territoires allouent un pourcentage de leur budget en santé – habituellement de 5 à 6 % des dépenses totales associées aux soins de santé – à la santé mentale et au traitement des dépendances, dont une portion est réservée aux organismes communautaires de santé mentale¹⁶.

Bien que les provinces et territoires soient en grande partie responsables de l'administration et de la prestation des soins de santé au Canada, le système fédéral de partage des coûts par les paiements de transfert reconnaît le rôle important que joue le gouvernement fédéral dans l'offre de soins de santé gratuits, publics et universels, partout au pays. Cependant, l'exclusion de la plupart des programmes, services et soutiens communautaires de santé mentale dans la Loi canadienne sur la santé – ce qui est vu comme discriminatoire depuis 1957, année où le système de santé public national a été instauré¹⁷ – a placé la majeure partie de la responsabilité du financement, de la gouvernance et de l'élaboration de politiques en soins de santé mentale sur les épaules des provinces et territoires.

Financement des services communautaires en santé mentale

De nombreux programmes et services communautaires de santé mentale sont financés, souvent insuffisamment, par une mosaïque de services au sein des provinces et territoires. Une importante source de financement pour les filiales, régions et divisions de l'ACSM provient des contrats signés avec

le ministère de la Santé provincial ou territorial ou les autorités régionales de la santé¹⁸. Les ACSM peuvent également obtenir des subventions ponctuelles ou pluriannuelles provenant de différentes sources, de contributions d'organismes de bienfaisance comme Centraide, de dons ou de collectes de fonds de particuliers ou du secteur privé, ainsi que des revenus issus de propriétés foncières, d'autres investissements et de legs. Certaines ACSM accèdent à des subventions du gouvernement fédéral par l'entremise de programmes nationaux d'emplois et de logement comme Vers un chez-soi. Les services de l'ACSM sont gratuits, à quelques exceptions près¹⁹. Parmi les autres services en santé mentale offerts dans la communauté – c'est-à-dire ceux qui ne sont pas offerts dans les hôpitaux, par des médecins ou par des équipes de santé familiale –, on compte la psychothérapie, le soutien psychologique et le soutien en dépendances en clinique privée. Ils sont souvent payés par les personnes qui y ont recours ou par leur régime privé d'assurance²⁰.

Lorsque les personnes doivent attendre durant de longues périodes pour obtenir des services, leurs symptômes s'aggravent et l'urgence presse de plus en plus, ce qui ajoute de la pression aux services de santé mentale financés par le secteur public limités, déjà surchargés.

Certains investissements fédéraux à long terme pour la santé mentale ont été envoyés aux provinces et territoires par l'entremise de mesures comme le fonds Priorités partagées en santé, en 2017, qui a consacré 5 milliards de dollars sur 10 ans à l'amélioration de l'accès de la population canadienne aux services en santé mentale et dépendances²¹. Les priorités partagées en santé sont assorties de six indicateurs que les provinces doivent utiliser aux fins de suivis et de rapports²². Ce financement est le bienvenu, mais on ne sait pas avec certitude comment et où cet argent a été dépensé.

Principales conclusions de l'étude :

La pandémie a eu des effets dévastateurs sur la santé mentale, la consommation de substances et l'itinérance au pays, en plus de mettre en évidence l'augmentation des besoins, nouveaux et préexistants, en matière de services.

- Les secteurs public et sans but lucratif qui offrent des services et soutiens en santé mentale et dépendances font face à une demande importante et croissante, y compris pour des services continus de soutien psychologique ou de psychothérapie virtuels et en personne.

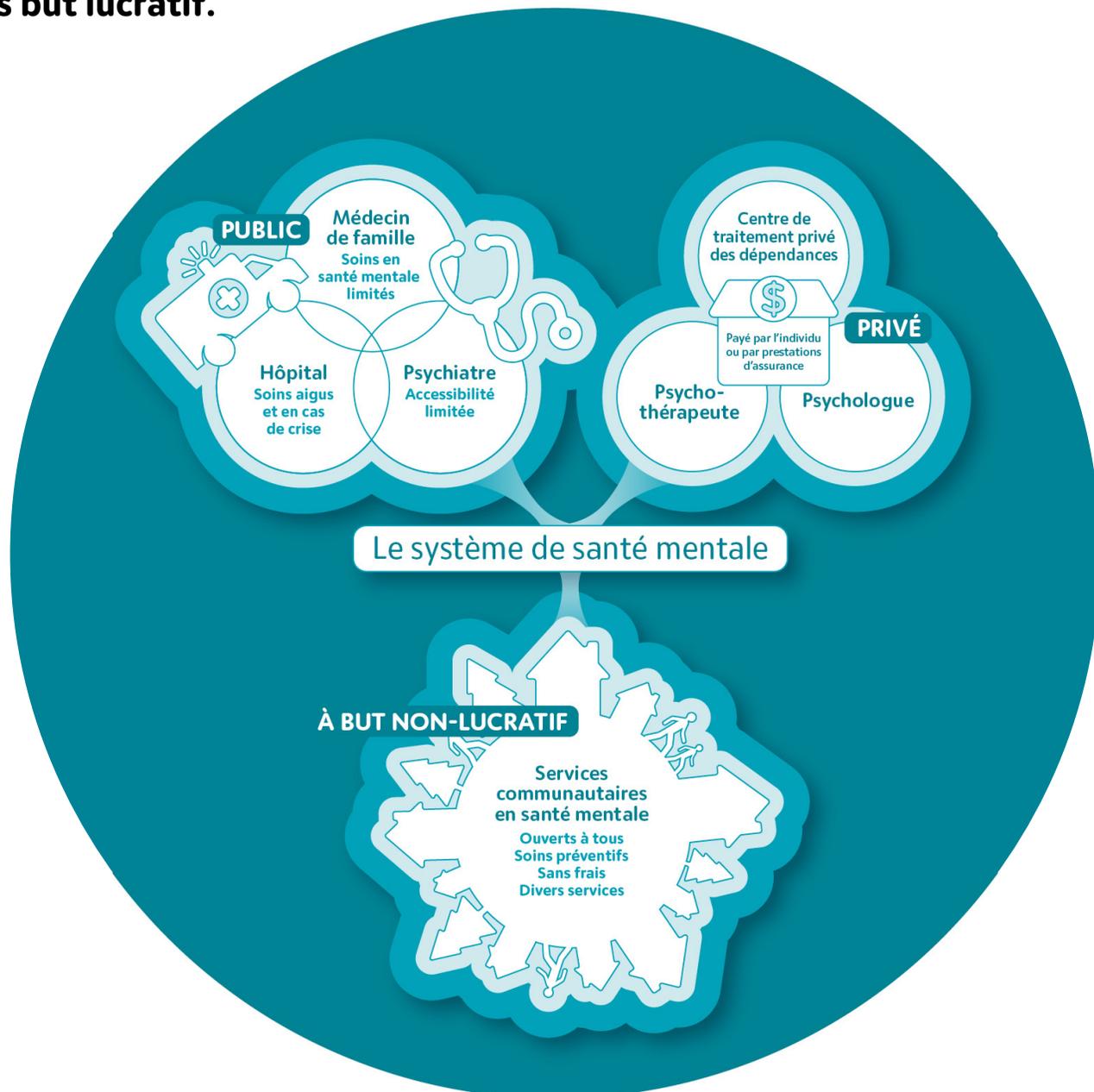
« Les listes d'attente s'allongent, et les délais d'accès aux services aussi, surtout pour le soutien psychologique. »

« [...] les rencontres régulières avec un même conseiller spécialisé avec qui vous développez une relation pour surmonter des années de traumatisme ou de maladie chronique, c'est vraiment très difficile à trouver. »

- Les services de santé mentale virtuels ont amélioré l'accès de certaines personnes aux services, mais constituent un obstacle pour d'autres qui ont un accès limité aux technologies, notamment les personnes âgées et celles qui ont un faible revenu.

« Nous avons entendu que le passage aux services virtuels avait bénéficié aux gens [...] qui ont accès aux technologies. L'envers de la médaille, c'est que la transition a en fait compliqué l'accès aux services spécialisés en santé mentale et en dépendances pour les personnes à faible revenu, qui sont davantage marginalisées et qui n'ont pas accès à Internet, à un ordinateur ou à un téléphone. »

Le système de soins que nous connaissons forme une mosaïque de programmes, services et soutiens offerts par les secteurs privé, public et sans but lucratif.



- Les services et soutiens en santé mentale et dépendances que fournit le secteur sans but lucratif sont cruciaux et doivent être mieux intégrés.

«Je crois qu'il y a un travail intéressant à faire [...] pour rééquilibrer la relation entre les services cliniques gouvernementaux et le soutien communautaire en santé mentale. Tant qu'on ne raccordera pas ces deux milieux isolés autrement que par les recommandations de patients, les gens n'auront pas la garantie qu'ils ont obtenu le type de soutien qu'il leur faut.»

« J'en ai vraiment assez qu'ils [la santé mentale et la santé physique] soient déconnectés. Ils forment un tout, à l'image de notre corps, qui n'est qu'un grand système [...] Notre approche doit être plus holistique, afin de relier tous les éléments entre eux. Ne gardons pas la santé mentale d'un côté, et le soutien, la communauté et le diabète de l'autre. Je crois qu'il faut ajouter des couches de soutien communautaire et de services de santé mentale, et les connecter à la santé physique... Ne [les] séparons pas, cela ne ferait que perpétuer les préjugés. »

Le financement octroyé aux organismes de bienfaisance qui offrent des services sans but lucratif en santé mentale et dépendances est précaire et insuffisant.

- Les ACSM estiment que les organismes communautaires du secteur de la santé mentale sont actuellement sous-financés. En effet, la santé mentale et le traitement des dépendances ne représentent que de 5 à 6 % de l'ensemble des dépenses de santé des provinces et des territoires. Et une portion seulement est réservée aux organismes communautaires de santé mentale.

« Parce que la santé mentale communautaire a été extrêmement sous-financée, tous les éléments sont quelque peu fragmentés... Collectivement, nous recevons un peu d'argent d'un côté pour ce programme, un petit financement pour cet autre programme, et on se retrouve coincés avec ces ententes de financement [...] »

- Le financement d'urgence et de courte durée devrait être remplacé par du financement de base, durable et stable.

« Ce sont ces petites sommes d'argent qui ne sont jamais suffisantes pour offrir le service que l'on attend de nous... [...] les contrats sont en retard, l'argent n'arrive pas à temps, on doit indiquer à quoi il a servi, et puis la prochaine vague de propositions recommence, car la fin de l'année approche. Il est difficile de retenir du personnel qualifié dans ces programmes quand on ne peut jamais leur promettre de la stabilité. Et comment pouvons-nous avoir une stratégie de travail et de planification quand, année après année, tout ce que l'on se demande, c'est : "Comment puis-je me verser un salaire? Comment payer mon personnel administratif? Comment payer le loyer? Comment payer mon équipe lorsqu'il n'y a plus d'argent?" »

Le système de santé mentale communautaire et sa main-d'œuvre subissent une pression importante.

- À cause du sous-financement chronique, beaucoup de travailleuses et travailleurs en santé mentale et en consommation de substances touchent des salaires inférieurs, sont surchargés, ressentent une forte usure de compassion, sont exposés aux traumatismes et présentent un risque d'épuisement professionnel. Ces effets du sous-financement se sont accentués pendant la pandémie.

“« C’était très stressant. Plusieurs se sont fait un devoir de mettre les bouchées doubles vu les circonstances et notre mandat, mais ç’a souvent été au détriment de leur bien-être et de leur vie personnelle, déjà minés par la pandémie. Il y avait aussi cette pression autour des heures supplémentaires chez les professionnels de la santé mentale. J’y vois donc un double impact en quelque sorte. »

« Les listes d’attente s’allongent, et les délais d’accès aux services aussi. »

« Le système communautaire ne peut pas continuer de maintenir le soutien et les interventions pour répondre à des besoins croissants avec le modèle de financement en place. »

Recommandation 1 : Accroître le financement octroyé aux services et soutiens communautaires essentiels de santé mentale et de dépendance, et renforcer leurs capacités

Résumé de la section :

1.1 Accroître la capacité de l'infrastructure de la santé mentale en milieu communautaire et des interventions en matière de dépendance par une augmentation du financement fédéral de base, durable et stable, et par l'intégration de services en santé mentale et dépendances dans la planification et la prestation au sein du système de santé

Les problèmes du financement en mosaïque : s'éloigner des contrats et des subventions

Besoin de financement de base durable à long terme

Renforcer l'infrastructure des services communautaires en santé mentale et dépendances et l'intégrer au système de soins de santé canadien

1.2 Secteurs prioritaires d'investissement durant la COVID-19 : ce que nous avons entendu

Accroissement de la capacité des services de réduction des méfaits et de traitement des dépendances

Investissements accrus dans le soutien par les pairs

Consolidation de l'éducation, de la promotion et des interventions cliniques en santé mentale pour les jeunes et leurs gardiens

Investissements accrus dans les services d'intensité élevée pour les personnes aux besoins complexes – Services psychiatriques, TCD et gestion de cas

Soutien et maintien du bien-être des intervenants en santé mentale et en consommation de substances

Investissements directs dans les organismes autochtones ainsi que les programmes et services de santé mentale dirigés par des Autochtones

Soutien accru des programmes, services et organismes de santé mentale dirigés par des personnes racisées, nouvellement arrivées ou réfugiées

1.3 Funding and infrastructure to support virtual mental health services

1.1 Accroître la capacité de l'infrastructure des services communautaires en santé mentale et des interventions en matière de dépendance par une augmentation du financement fédéral de base, durable et stable, et par l'intégration de services en santé mentale et dépendances dans la planification et la prestation au sein du système de santé

La mosaïque de moyens de financement qui soutient le secteur de la santé mentale communautaire ne suffit pas pour bâtir un système de santé mentale robuste, intégré et adapté qui répond aux besoins en santé mentale de la population canadienne. Lors des entrevues tenues avec les ACSM, les mots « non durable » sont revenus à maintes reprises. Les personnes interrogées ont souvent fait allusion au modèle de financement non durable de leur organisme – un amalgame de financement provincial, de subventions, de dons d'entreprises, de collectes de fonds, de dons individuels et de legs – ainsi qu'au besoin de financement pour poursuivre leur important travail.

La COVID-19 a révélé davantage à quel point un secteur comme la santé mentale communautaire est vulnérable en temps de crise lorsque les organismes n'ont pas de source de financement durable. Si le financement d'urgence a servi de solution provisoire durant la pandémie, le financement durable pour le traitement des personnes hautement vulnérables demeurera un obstacle bien après la fin du financement d'urgence. Pour les organismes communautaires de santé mentale, la durabilité s'obtient par du financement fédéral de base à long terme garantissant que leurs programmes et services disposent des ressources suffisantes et puissent être planifiés. Cependant, le financement durable ne peut régler à lui seul les problèmes que connaît actuellement le système de soins en santé mentale; il faudra plutôt intégrer les services communautaires de santé mentale dans notre système universel de soins de santé et fournir les ressources nécessaires pour que les organismes communautaires de santé mentale puissent renforcer leur infrastructure et leur capacité et répondre aux besoins des communautés qu'ils servent.

Les problèmes du financement en mosaïque : s'éloigner des contrats et des subventions

Pour financer son travail, l'ACSM doit constamment « courir après l'argent » et se contenter de bribes de financement. Si les filiales, régions et divisions de l'ACSM reçoivent habituellement du financement provincial, ce dernier est souvent régi par des contrats, et des contrats et subventions d'autres sources le complètent. Or, le financement fondé sur des contrats est limité à une période définie, ce qui génère une incertitude financière. Comme l'explique le participant 5 (ACSM de la région d'Edmonton),

Les autres programmes et services pour lesquels nous avons reçu du financement de la province ou d'un autre contrat sont d'une durée limitée. Et nous prévoyons que le financement futur sera entièrement octroyé en fonction de propositions. Par conséquent, nous sommes toujours incertains de ce à quoi les prochaines années ressembleront. Par ailleurs, nous avons remarqué que la durée des contrats tend à diminuer... dans le passé, les contrats pouvaient avoir une durée de trois ans, et maintenant ils sont sur une base annuelle.

De plus, même si les programmes sont financés par la province ou le territoire, les frais d'administration et les salaires ne le sont pas pour autant. À titre d'exemple, Michael Anhorn (chef de la direction, ACSM de Toronto) souligne qu'il est pratique courante pour les investisseurs de limiter les frais administratifs des programmes à 10 % du budget. D'après son expérience de travail en Colombie-Britannique, il dit que dans le cas des programmes financés par la province, « on peut considérer que la rémunération des employés ayant une relation directe avec des personnes offrant des services directs (la travailleuse ou le travailleur de première ligne et la personne qui supervise) peut aussi être incluse dans le poste des dépenses de programme. Toutefois, s'il y a des gestionnaires ou cadres à un échelon supérieur, leur rémunération passe par le poste d'administration et non des dépenses de programme ». M. Anhorn soutient que ce modèle de financement néglige les « réalités de l'administration d'un organisme sans but lucratif ». Lorsque le financement ne permet pas de couvrir les frais administratifs et de soutenir pleinement un programme, l'ACSM doit souvent faire des collectes de fonds pour compenser.

Le modèle de financement par subventions demande aussi beaucoup de temps et de ressources, et empêche les organismes communautaires de regarder vers l'avenir. Cela rend aussi difficiles le recrutement et la rétention de personnel qualifié. Comme l'explique Amanda Holloway (directrice générale, ACSM de Wood Buffalo),

Ce sont ces petites sommes d'argent qui ne sont jamais suffisantes pour offrir le service que l'on attend de nous... Et littéralement, même si on finit par obtenir du financement et que l'on reçoit la confirmation que « oui, nous vous donnerons de l'argent », les contrats sont en retard, l'argent n'arrive pas à temps, on doit indiquer à quoi il a servi, et puis la prochaine vague de propositions recommence, car la fin de l'année approche. Il est difficile de retenir du personnel qualifié dans ces programmes quand on ne peut jamais leur promettre de la stabilité. Et comment pouvons-nous avoir une stratégie de travail et de planification quand, année après année, tout ce que l'on se demande, c'est : « Comment puis-je me verser un salaire? Comment payer mon personnel administratif? Comment payer le loyer? Comment payer mon équipe lorsqu'il n'y a plus d'argent? ».

En outre, les subventions, surtout celles provenant du fédéral, ont généralement une portée très ciblée, et peuvent par conséquent être très restrictives :

Le système communautaire ne peut pas continuer de maintenir le soutien et les interventions pour répondre à des besoins croissants avec le modèle de financement en place. Ainsi, lorsque le gouvernement annonce un investissement de, disons, seulement 3,8 milliards de dollars sur 10 ans en partenariat avec le gouvernement fédéral, cela contribue à atténuer la pression croissante. Cependant, la plupart des financements qui nous ont été octroyés récemment sont ciblés pour des initiatives bien précises. Par exemple, ce montant servira à fournir des logements pour une quantité X de personnes avec un nombre Y d'employés. C'est un financement ciblé et très précis, et il a ses restrictions. Pendant ce temps, nos budgets [provinciaux] de base, eux, stagnent depuis 10 ans. (Chris Babcock, directrice Qualité, Rendement et Risques, de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex)

Financement en mosaïque durant la COVID-19

Si les organismes communautaires de santé mentale peinent à obtenir du financement même dans les meilleures périodes économiques, la COVID-19 a révélé à quel point ils sont vulnérables sans financement adéquat et durable. À l'apparition de la COVID-19, les fournisseurs de services en santé mentale comme l'ACSM étaient considérés comme des services essentiels; ils ont donc dû assumer de nouveaux coûts pour l'équipement de protection individuelle (EPI), le nettoyage et la désinfection, l'installation de dispositifs de sécurité comme des barrières de plexiglas pour la prestation des services en personne, et l'implantation d'améliorations technologiques permettant d'offrir des services virtuels. En Ontario, par exemple, une stratégie provinciale a été mise en place concernant l'EPI dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, mais le secteur de la santé mentale a été laissé de côté. Les organismes comme l'ACSM de Peel Dufferin ont eu de la difficulté à s'approvisionner en EPI et à le payer. Quant à l'ACSM de Toronto, elle a dû trouver un moyen d'assumer la hausse des dépenses pour l'EPI durant la première année de la pandémie. Au final, la filiale a pu obtenir un financement ponctuel du gouvernement de l'Ontario.

Par ailleurs, plusieurs ACSM ont connu des pertes de revenus durant la pandémie en raison de l'annulation des activités de financement en personne, une source cruciale de revenus pour de nombreuses filiales, régions et divisions. Comme l'explique le participant 2 (ACSM du Nouveau-Brunswick),

Nous dépendons beaucoup du financement et des collectes de fonds pour préserver notre organisme, mais avec la pandémie, nous n'avons pas pu amasser d'argent puisque tout se faisait virtuellement. Je peux donc dire que c'est le plus grand défi auquel nous avons été confrontés, pour la simple et unique raison que nous avons l'habitude de faire beaucoup d'activités de financement [...] L'année dernière, toutes les activités prévues ont dû être annulées.

Cette forte dépendance aux collectes de fonds rend aussi vulnérables les organismes communautaires de santé mentale et sans but lucratif lors de bouleversements économiques. L'ACSM de Wood Buffalo en Alberta a connu une importante chute de dons en raison d'un ralentissement économique dans le secteur pétrolier et gazier. Lorsque les organismes sans but lucratif sont contraints de se fier aux collectes de fonds et aux dons d'entreprises pour maintenir leurs activités, leur capacité à servir la communauté est forcément touchée :

Notre campagne Centraide a connu une baisse importante avec les années [...] Ils n'avaient tout simplement pas les moyens d'appuyer de nouvelles initiatives ou de nouveaux organismes. Ainsi, le ralentissement économique a eu des répercussions énormes sur la région entière [...] au niveau individuel et au niveau des organismes, mais également dans notre capacité à offrir des services à notre communauté. (Amanda Holloway, directrice générale, ACSM de Wood Buffalo)

Malgré les difficultés qu'a entraînées la pandémie et la perte de revenus provenant de collectes de fonds, de nombreuses filiales, régions et divisions de l'ACSM ont pu profiter d'un coup de pouce financier provenant du fonds d'urgence de divers gouvernements. L'ACSM de Kelowna, par exemple, avait planifié une croissance de son programme de logement durant la pandémie, et a reçu des fonds additionnels par l'entremise du programme fédéral Vers un chez-soi, ce qui a permis l'expansion de ses services de proximité auprès des personnes en situation d'itinérance. Plusieurs filiales et régions ont utilisé le financement provincial d'urgence pour l'achat de téléphones, de tablettes et de forfaits de données pour leur clientèle, qui n'aurait pas pu accéder aux services virtuels autrement. D'autres ont reçu du financement fédéral en appui à leurs lignes de soutien en situation de crise. Par exemple, en Colombie-Britannique, les organismes de santé mentale et de traitement des dépendances pouvaient demander des subventions allant jusqu'à 250 000 \$ pour améliorer leur intervention contre la COVID-19. Certaines ACSM ont reçu du financement pour le salaire de leur personnel, ce qui, selon le participant 6 (ACSM de l'Î.-P.-É.), « nous a permis d'assurer une meilleure durabilité au sein des programmes ».

Dans certains cas, les exigences en matière de rapports ont généré des problèmes administratifs. Espérer l'aide du gouvernement via les fonds d'urgence ne peut pas devenir sur nouvelle norme. Les organisations communautaires de santé mentale ont besoins d'investissements continus et à long terme pour réellement accroître l'accès aux soins, au-delà des fonds d'urgence.

Nous avons vraiment besoin de financement durable [...] Je ne veux pas qu'on se tourne vers mon organisme uniquement en temps de pandémie ou lors d'incendie. Je veux que mon organisme en demeure une agence de services en santé mentale, capable de s'adapter aux besoins de sa communauté si des événements surviennent, et qui n'a pas à dépendre de fonds d'urgence pour survivre. (Amanda Holloway, directrice générale, ACSM de Wood Buffalo)

Besoin de financement de base durable à long terme

Bon nombre des problèmes de notre système de soins de santé – listes d’attente, dépendance aux services d’urgence et de crise, fardeau élevé des soins pour les dépenses publiques – sont un produit du sous-financement des soins de santé mentale, de la discrimination systémique envers les services de santé mentale, et du manque d’intégration des programmes et services de santé mentale communautaire. Les ACSM signalent qu’elles ont besoin d’un financement continu pour répondre aux besoins des communautés qu’elles servent, particulièrement alors qu’elles affrontent la pandémie et la demande accrue de soutien en santé mentale et dépendances. Un financement de base à long terme – qu’il soit fourni par un gouvernement fédéral ou provincial – est nécessaire pour travailler efficacement :

Je crois que nous avons besoin d’un investissement soutenu et continu dans la santé mentale communautaire. Soyons réalistes : la COVID-19 a révélé que lorsqu’il y a un besoin, il y a toujours une solution. Bien que les investissements doivent être généraux, il faut mettre l’accent, encore, sur la prévention et les interventions précoces. Ces deux volets sont toujours sous-financés, et il me semble que l’on gratte souvent les fonds de tiroirs pour ceux-là, et que l’on devrait recevoir du financement continu et durable à long terme, et par long terme, je veux dire qu’il se poursuivrait au-delà du mandat d’un gouvernement. On parle ici d’au moins une décennie, car habituellement, on voit passer beaucoup d’investissements à court terme qui sont par la suite retirés. Et nous, nous nous retrouvons face aux problèmes qui s’en suivent. Donc, en ce qui me concerne, il faut des investissements à long terme dans la santé mentale communautaire, avec une distribution équitable des ressources dans la gamme complète des besoins. (Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation, ACSM de Kelowna)

Plusieurs solutions sont à envisager. On pourrait d’abord accroître le financement de base provenant de la province ou du territoire. L’ACSM de l’Ontario, par exemple, réclame une augmentation budgétaire d’au moins 3 % pour ses filiales afin de couvrir les coûts de fonctionnement et améliorer la rémunération du personnel ²³. On pourrait aussi créer une source de financement dédiée à la santé mentale, qui allouerait un pourcentage du financement pour les soins de santé d’une province ou d’un territoire à ces services grâce à une formule de financement. Il est indispensable que le fédéral prenne l’initiative d’investir dans les secteurs où les provinces ne fournissent pas un financement suffisant, par exemple la prévention des maladies mentales et la promotion de la santé mentale.

Un financement continu aiderait aussi les organismes communautaires de santé mentale à recueillir des données, à effectuer des études et à évaluer leurs programmes afin de constituer une base de données probantes pour améliorer leur efficacité. Les programmes de subventions gouvernementaux exigent des données probantes justifiant l’intervention comme prérequis pour allouer les fonds, mais ne prévoient pas de fonds pour obtenir ces données :

« Ce qui se produit, c'est que les gouvernements exigent encore plus de redditions de comptes [...] une telle demande doit être assortie des fonds nécessaires pour renforcer la capacité des organismes, afin qu'ils puissent en faire rapport. » (Participant 1, ACSM de Lethbridge)

« Certains groupes ne financent que ce qui est livrable. Dans le cas d'un organisme sans but lucratif n'ayant pas les ressources pour démontrer que ces livrables existent, la façon dont ces interventions communautaires se poursuivront est un vrai mystère. » (Participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.)

Renforcer l'infrastructure des services communautaires en santé mentale et dépendances et l'intégrer au système de soins de santé canadien

Renforcer la capacité des interventions communautaires en santé mentale, ce n'est pas uniquement une question de financement. Il faut accorder la même valeur aux services de santé mentale qu'aux services de santé physique, et changer la façon dont ces deux modèles de soins interagissent entre eux. La santé mentale communautaire a longtemps existé à la périphérie de notre système de soins de santé officiel, qui s'appuie sur les médecins et les hôpitaux, sans jamais y être intégrée. Pourtant, la santé mentale communautaire joue un rôle de soutien essentiel en prévenant dès le départ les besoins de services de crise dans les hôpitaux en offrant des services de prévention des maladies mentales et de promotion de la santé mentale, deux services qui ont fait leurs preuves pour éviter l'accumulation des hospitalisations.

La création d'un système de soins de santé intégré qui inclut les services de santé mentale exige que nous considérions les soins de santé mentale comme essentiels à la santé. À l'heure actuelle, la santé mentale est séparée de la santé physique, et est sous-évaluée :

J'en ai vraiment assez qu'ils [la santé mentale et la santé physique] soient déconnectés. Ils forment un tout, à l'image de notre corps, qui n'est qu'un grand système [...] Notre approche doit être plus holistique, afin de relier tous les éléments entre eux. Ne gardons pas la santé mentale d'un côté, et le soutien, la communauté et le diabète de l'autre. Je crois qu'il faut ajouter des couches de soutien communautaire et de services de santé mentale, et les connecter à la santé physique... ne [les] séparons pas, cela ne ferait que perpétuer les préjugés. (Laurel Taylor, principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse)

À l'instar de la santé mentale, on sous-estime le système de soins communautaire. Renforcer les capacités du secteur de la santé mentale exigera que l'on abolisse la séparation artificielle entre les soins de santé mentale et physique, afin d'assurer de meilleurs résultats sur la santé.

Nous devons « progresser vers une relation plus équitable entre les services cliniques du gouvernement et les services de soutien en santé mentale en milieu communautaire, car tant qu'ils demeureront séparés et sans le moindre contact, sauf pour des aiguillages mutuels, les gens ne recevront pas nécessairement le type de soutien dont ils ont besoin ». (Participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.)

Renforcer la capacité du système de santé mentale se traduit donc par la valorisation des soins de santé mentale et par l'inclusion de la santé mentale comme infrastructure essentielle dans notre planification des soins et à notre prestation de services :

Parce que la santé mentale communautaire a été extrêmement sous-financée, tous les éléments sont quelque peu fragmentés... Collectivement, nous recevons un peu d'argent d'un côté pour ce programme, un petit financement pour cet autre programme, et on se retrouve coincés avec ces ententes de financement. Ce que l'on veut faire dans notre organisme, c'est créer des équipes complètes et multidisciplinaires qui œuvrent dans une certaine zone géographique, directement auprès des fournisseurs de soins primaires de la communauté. Nous avons besoin d'un volet psychiatrie au sein de ces équipes. En ce moment, tous les psychiatres sont à l'hôpital qui, vous le savez, est inaccessible. Le personnel ne sait même pas qui sont les psychiatres, et il n'y en a sans doute pas assez. Donc, je crois que nous devons travailler à revoir ce que nous avons. (Lisa Ali, directrice principale Stratégie et services cliniques, ACSM de Peel Dufferin)

Pour qu'ils soient efficaces, les services de santé mentale doivent être pleinement intégrés aux soins primaires et recevoir un financement approprié. Par ailleurs, le secteur de la santé mentale communautaire doit être mobilisé comme partenaire et expert à part entière. Cela oblige de se distancer du modèle de financement fondé sur les demandes de subvention et les contrats.

Travaillez avec nous en tant que partenaires qui partagent les mêmes objectifs, afin que nous puissions établir les relations qui nous permettent de dire que c'est ce qui fonctionne, c'est ce que nous avons proposé, c'est ce que nous croyions qui allait fonctionner [...] Nous les aidons à atteindre les résultats dont ils ont besoin. Je me risquerais même à dire qu'ils n'y arriveraient pas seuls. [...] Nous avons donc besoin d'une relation réciproque ou d'un partenariat, pas d'une situation où nous ne sommes que les bénéficiaires de subventions. (Michael Anhorn chef de la direction, ACSM de Toronto)

Renforcer la capacité et la viabilité du système de santé nécessitera d'écouter les experts en santé mentale communautaire lorsqu'ils parlent des besoins locaux.

1.2 Secteurs prioritaires d'investissement durant la COVID-19 : ce que nous avons entendu

De nombreux programmes et services en santé mentale communautaire sont sous-financés en raison du modèle de financement en mosaïque, mais des secteurs précis ont des besoins plus grands encore, surtout dans le contexte de la COVID-19. La section suivante présente ces secteurs où les besoins sont plus grands, ce qui inclut les services de réduction des méfaits et de traitement des dépendances, le soutien par les pairs, les services pour les jeunes et leurs gardiens et les services d'intensité élevée pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et complexes, ce qui inclut le traitement communautaire dynamique (TCD), la prise en charge des cas et les services psychiatriques.

Accroissement de la capacité des services de réduction des méfaits et de traitement des dépendances

Le traitement des dépendances et la réduction des méfaits sont deux secteurs prioritaires pour les investissements gouvernementaux et les mesures politiques. Plus de personnes consomment des substances pour soulager leur stress, leur solitude et le deuil causé par la pandémie, et les intoxications et les décès attribuables aux opioïdes ont augmenté en raison du plus grand isolement social et de la toxicité des drogues illicites ²⁴. Même avant la pandémie, de nombreuses communautés, particulièrement les communautés rurales et éloignées, manquaient de centres de traitement des dépendances et de soutien, une lacune majeure dans la prestation des services de santé mentale.

Des ressources supplémentaires seront nécessaires, durant la pandémie et après. Comme l'affirme Laurel Taylor (principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse) : « nous savons [que] certains problèmes se poursuivront après la COVID-19, et je crois que nous devons nous y préparer – afin de nous doter de plus de ressources pour les personnes qui consomment des substances ».

L'isolement social, les interruptions de la prestation des services de réduction des méfaits et la toxicité croissante des drogues illicites aggravent les risques de surdose et de décès ²⁵. C'est un secteur « où il aurait pu y avoir de meilleurs investissements et des interventions plus rapides [du fédéral et du provincial], et ce pour la consommation problématique de substances et l'accès aux drogues illicites. [...] C'est en effet un autre problème : l'isolement social a poussé encore plus de personnes à consommer seules. » (Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation, ACSM de Kelowna)

Les plus hauts taux d'intoxication aux opioïdes et à l'alcool ont contribué aux interruptions de services depuis l'arrivée de la COVID-19 :

Lorsqu'on nous a interdit l'accès à certains des endroits où nous [exerçons], et que nous nous sommes tournés vers les services virtuels, les gens ne savaient pas où aller pour le traitement de leur dépendance. Nos partenaires du secteur hospitalier nous le confirmeront : ils ont vu une hausse de surdoses à l'alcool et aux opioïdes aux services d'urgence. Les services n'étaient pas là où les gens s'attendaient à les trouver. Ils se repliaient donc vers l'option B, soit l'hôpital. (Lisa Ali, directrice principale Stratégie et services cliniques, ACSM de Peel Dufferin)

La réponse à la crise des opioïdes a été insuffisante à tous les niveaux. Dans certains cas, les gouvernements provinciaux ont limité les sites de consommation supervisée et les programmes de réduction des méfaits ou n'ont pas suffisamment investi dans ces services. Bon nombre de communautés de plus petite taille ne disposent pas d'un site de consommation supervisée, et si certaines ont en place des programmes de réduction des méfaits, par exemple pour la distribution d'aiguilles et de trousse de naloxone, ces derniers sont généralement de taille modeste et sous-financés, par exemple le programme de réduction des méfaits Blood Ties Four Directions au Yukon.

De plus, l'offre de services de traitement de la consommation de substances en établissement est également insuffisante dans de nombreuses communautés. En Saskatchewan, les clients doivent souvent payer pour des services offerts en Colombie-Britannique ou même aux États-Unis, car le nombre de places pour les traitements en établissement est très limité. Certaines personnes ayant des besoins en traitement allant au-delà des 28 jours habituels passeront souvent d'un programme à l'autre pour prolonger la durée de leur traitement, ce qui nuit au processus de rétablissement. À l'ACSM de Muskoka-Parry Sound, Diane Brown-Demarco, directrice générale, dit : « Nous ne faisons pas un mauvais travail lorsqu'il est question de réduction des méfaits ou de donner aux gens l'accès au traitement des dépendances, mais nous n'avons pas de lits permanents pour les traitements en établissement. Par conséquent, si quelqu'un a besoin de ce service, nous devons l'aider à se rendre à Orillia, à North Bay, à Sudbury ou ailleurs dans la province. » Se déplacer en dehors de sa communauté pour obtenir des services pose problème puisque l'on se retrouve loin de son réseau de soutien. Le transport peut également être un obstacle, comme le dit le participant 3, de l'ACSM de Northern BC : « Les services de Greyhound sont actuellement réduits, et les gens n'ont pas accès aux transports en commun. À moins d'avoir quelqu'un pour les amener à un centre de traitement, l'accès aux services est difficile. »

Investissements accrus dans le soutien par les pairs

Qu'est-ce que le soutien par les pairs?

Au sens large, le soutien par les pairs, ou la pair-aidance, se définit comme « un soutien émotionnel et pratique entre deux personnes qui partagent une même expérience, comme un

problème de santé mentale ou une maladie mentale. Les pairs aidants ont vécu une expérience similaire et sont formés pour aider les autres. »²⁶

Les pairs aidants peuvent être intégrés à divers programmes, services et environnements thérapeutiques : programmes libres, services de crise, équipes de traitement communautaire dynamique, logements en milieu de soutien, services des urgences des hôpitaux et unités de soins hospitaliers, etc. Ils peuvent tenir des ateliers, aider dans l'enseignement de l'autonomie sociale et dans l'orientation dans le système de services en santé mentale et en dépendances, contribuer à l'autodétermination par l'écoute sans jugement, soutenir les gens dans la gestion des émotions difficiles, aider à accroître les liens sociaux, apporter du soutien dans l'accès à des ressources en lien avec les refuges, les logements, la nourriture et les loisirs, soutenir les membres de la famille, etc. (note de bas de page, en anglais seulement²⁷ :

Selon les ACSM, le soutien par les pairs est une ressource essentielle qui est sous-estimée dans notre système de santé. Comme le dit le participant 2 (ACSM du Nouveau-Brunswick) : « Ce sont les pairs qui ont la plus forte incidence sur l'ensemble des clients. Il en est ainsi simplement parce que ces pairs savent ce que les clients traversent; ils ont fait l'expérience du système avant eux, et ils sont en mesure de vraiment donner espoir, soins et soutien aux autres. Et c'est exactement ce dont ils ont besoin. » Comme l'affirme Laurel Taylor (principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse), c'est également une « pratique exemplaire » très « économique », en ce sens que « plusieurs personnes se réunissent pour s'entraider ».

Ce qui manque, toutefois, c'est le financement pour ce type de soutien. La présence de pairs aidants est essentielle après un congé de l'hôpital ou d'une unité psychiatrique, puisqu'ils peuvent effectuer un suivi et aider avec l'orientation dans les services et dans les autres ressources dans la communauté. Toutefois, ils ne sont pas toujours disponibles, comme le mentionne Diane Brown-Demarco, directrice générale : « À Muskoka ou à Parry Sound, nous n'offrons pas de soutien par les pairs dans les services d'urgence. Nous ne recevons pas de financement à cet égard. Un tel soutien serait toutefois plus que bienvenu pour notre équipe de crise. »

Bien que certaines ACSM offrent du soutien par les pairs dans leur filiale, région ou division, il y a un réel besoin d'accroître leur capacité et d'intégrer davantage de pairs aidants dans des programmes et des services additionnels au sein de leur communauté. La sous-appréciation du soutien par les pairs en dehors du secteur des services communautaires de santé mentale est un obstacle important.

Je crois qu'en général, le soutien par les pairs est un service qui doit être utilisé davantage. Je crois qu'il peut en faire beaucoup plus que ce que nous lui permettons actuellement de faire. [...] Des

investissements seraient très utiles, surtout lorsqu'il est question de former les professionnels sur la pertinence du soutien par les pairs pour leur travail. Ainsi, à l'Î.-P.-É., c'est le combat que nous menons actuellement. Comment pouvons-nous aider les cliniciens, les médecins, les infirmiers et les paramédics à comprendre où s'inscrit le soutien par les pairs dans leurs pratiques? Ce n'est après tout pas un volet habituel de leur travail. Je crois qu'il serait très utile de leur faire comprendre à qui ils pourraient s'adresser pour favoriser le bien-être de leurs patients. (Participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.)

Le personnel de l'ACSM définit également le soutien par les pairs comme un secteur de programmation clé pour les entreprises, les écoles et les milieux de travail alors qu'ils entament leur réouverture après la COVID-19 :

À mesure que les gens adopteront leur nouvelle normalité et qu'ils retourneront au travail, je crois que nous verrons une augmentation du besoin pour ce type de soutien, des Recovery Colleges... Quatre-vingt-dix pour cent de la vie des gens ne se passe pas dans le bureau du psychiatre. Elle est dans la communauté. Je crois donc qu'il faut nous assurer de disposer de ces ressources communautaires intégrées vers lesquelles nous tourner... Il y a de tout, du soutien psychologique au soutien par les pairs, en passant par le bien-être [et] le rétablissement. (Participant 1, ACSM de Lethbridge)

Allant bien au-delà de la COVID-19, le soutien par les pairs est un service inestimable à intégrer dans différents milieux (soins de santé, écoles, communautés et milieux de travail), car il favorise le bien-être mental et soutient les personnes qui pourraient éprouver des difficultés. Comme le dit le participant 2 (ACSM du Nouveau-Brunswick) : « Le soutien par les pairs devrait être omniprésent; dans chaque département, unité psychiatrique, services d'urgence... Nous devons tous prendre soin de notre santé mentale, et nous pouvons tous être aux prises avec quelque chose. Notre santé physique pourrait nous poser problème... et nuire à notre santé mentale. Nous pourrions avoir besoin de soutien. » Afin de rendre accessible le soutien par les pairs dans ces milieux, ce service doit être valorisé et financé.

Consolidation de l'éducation, de la promotion et des interventions cliniques en santé mentale pour les jeunes et leurs gardiens

On s'inquiète particulièrement de la santé mentale des jeunes – les personnes âgées de 15 à 29 ans – durant la pandémie; ils auront besoin de plus de services de santé mentale. Durant cette période, ils ont connu un risque accru de présenter des symptômes d'anxiété, de dépression et d'avoir des pensées suicidaires. Ils ont après tout fait face à la fermeture des écoles, au stress et aux défis de l'apprentissage en ligne, à l'isolement et à la séparation de leurs pairs et au stress dans leur famille (en lien avec les pertes d'emploi, les difficultés économiques et les tensions causées par le confinement), des facteurs

rendus plus difficiles encore étant donné que l'adolescence est une période essentielle pour le développement des liens sociaux et de l'identité. Comme le dit le participant 7 (ACSM de Montréal) : « Les jeunes se sont retrouvés très isolés avec la fermeture des écoles et le confinement [...] C'est une situation qui peut être plus difficile pour eux que pour les personnes âgées, puisqu'ils développent encore leur identité. »

En ce qui concerne les programmes pour les jeunes, nous savons que plus de jeunes songent au suicide. La suicidabilité chez les jeunes a connu une hausse exponentielle, tout comme les appels logés à Jeunesse, J'écoute, [qui a connu] une augmentation de 350 % des appels. Par ailleurs, je crois que nous avons aussi été en mesure d'évaluer le travail effectué pour réduire les préjugés... [et] l'un des résultats de notre promotion de la santé mentale dans les écoles, c'est cette augmentation du réflexe de demander de l'aide. (Stephen Sutherland, directeur de la promotion, ACSM de Manitoba et Winnipeg) :

Depuis l'arrivée de la COVID-19, l'ACSM de Toronto a connu une augmentation de près de 300 % du nombre de jeunes âgés de 24 ans et moins accédant à son Early Psychosis Intervention Program, un programme d'intervention précoce contre la psychose.

Nous devons nous attaquer à cette vague [de jeunes atteints de graves maladies mentales], mais cela signifie qu'il y a encore plus de jeunes qui souffrent... je crois que les jeunes doivent être la priorité [durant la pandémie]. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

Les familles et les enseignants communiquent avec leur ACSM pour avoir des outils afin d'aider les jeunes aux prises avec la maladie mentale ou des facteurs de stress touchant leur santé mentale.

De bien des façons, le rôle du canari dans la mine de charbon a été joué par les parents et les gardiens, qui ont sonné l'alarme lorsqu'ils ont réalisé à quel point leur enfant ou leur adolescent était isolé. Beaucoup plus de parents sont venus nous demander : « Quoi faire? » « Comment est-ce que je gère ça? ». (Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation, ACSM de Kelowna)

Des écoles ont demandé à l'ACSM du Nouveau-Brunswick comment favoriser la santé mentale de leurs élèves, et l'ACSM de Montréal a vu un nombre record de téléchargements de sa trousse d'outils pour les professionnels travaillant auprès des jeunes :

Nous avons révisé, corrigé et actualisé notre livret d'activités pédagogiques expliquant aux professionnels comment parler de santé mentale aux jeunes. Depuis sa publication, il y a un an et demi, le livret a été téléchargé près de 1 000 fois. Cela met en lumière le besoin en services de santé mentale pour les jeunes et le niveau requis; c'est un secteur que nous souhaitons développer. La pandémie a été difficile, particulièrement pour les jeunes. Le nombre élevé de téléchargements en témoigne. (Participant 7, ACSM de Montréal)

Même avant la pandémie, les besoins en santé mentale des jeunes n'étaient pas comblés dans les communautés. À l'ACSM de l'Î.-P.-É., bien que l'on retrouve des programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire, on observe des lacunes dans les services d'intervention ciblant les jeunes. Le taux de suicide nettement supérieur chez les jeunes du nord de la Saskatchewan, particulièrement chez les jeunes autochtones, a poussé la division de la Saskatchewan de l'ACSM à offrir les programmes Retrouver son entrain et Vivre sa vie pleinement aux personnes de 15 ans et plus. La division a également mis au point des programmes novateurs qui utilisent la thérapie du récit basée sur la musique et une version sûre sur le plan mental du jeu Minecraft, afin de discuter avec les jeunes de santé mentale et de bien-être d'une façon accessible et amusante.

Alors que nous gérons la pandémie et que nous travaillons à nous rétablir, il sera primordial de soutenir la santé mentale des enfants et des jeunes; cela signifie que nous devons soutenir les organismes communautaires de santé mentale afin qu'ils puissent continuer d'innover et d'atteindre les jeunes de leurs communautés.

Investissements accrus dans les services d'intensité élevée pour les personnes aux besoins complexes – Services psychiatriques, TCD et gestion de cas

L'étude a révélé que les personnes déjà atteintes d'une maladie mentale grave et complexe ont été particulièrement vulnérables durant la pandémie et qu'il faut améliorer leur accès aux services. Les listes d'attente et les problèmes de coordination existaient avant la crise sanitaire, mais la demande accrue a accentué la pression sur les services. Au même moment, l'accès aux programmes était complexe pour ce groupe, qui ne disposait pas toujours des technologies essentielles à l'accès aux options virtuelles. Pour combler les besoins, des investissements majeurs s'imposent dans les domaines suivants : hébergement et services de proximité, médecine de la dépendance, services psychiatriques, traitement communautaire dynamique (TCD) et gestion de cas. Comme la réduction des méfaits et le traitement de l'usage problématique de substances ont déjà été abordés et que la recommandation 4 vise l'amélioration des services d'hébergement et de proximité pour les populations sans abri, la présente section portera sur le TCD et la gestion de cas, les services psychiatriques, les modèles de soins et la collaboration dans le système de santé classique.

Services psychiatriques : Services de soins de santé visant « le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles mentaux, affectifs ou comportementaux » par un ou une psychiatre²⁸.

Traitement communautaire dynamique (TCD) : « Prestation de services de soutien intensif aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui ont des besoins très complexes et de la difficulté à interagir avec d'autres services de santé mentale²⁹ ».

Gestion de cas : Soutien aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave et chronique pour favoriser l'autonomie, améliorer la qualité de vie et faciliter le cheminement personnel vers le rétablissement. Les gestionnaires de cas proposent un éventail de services continus (p. ex., soutien intensif à long terme aux personnes sans abri, risquant de le devenir ou évoluant dans le système de justice pénale; soutien aux activités courantes comme les opérations bancaires, les rendez-vous médicaux et la gestion d'un budget)³⁰.

Le sous-financement notable de services en santé mentale et dépendances essentiels pour répondre aux besoins complexes et urgents précède la pandémie. Celui des programmes pour les personnes ayant des besoins complexes en santé mentale est souvent anémique. Michael Anhorn (chef de la direction, ACSM de Toronto) décrit la situation en ces mots : « La demande croît pour la quasi-totalité de nos programmes destinés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave... mais une seule option ne règle pas tout. Il faut une suite de programmes. Les provinces doivent se décider à financer adéquatement la santé mentale et les interventions. »

Les fonds limités causent aussi de longues listes d'attente à l'ACSM de Muskoka-Parry Sound pour le traitement communautaire dynamique (TCD) et la gestion de cas, qui n'est maintenant accessible qu'après 30 à 60 jours. Comme le déplore la directrice générale Diane Brown-Demarco, « [il] n'y a pas eu d'investissement en TCD depuis 12 à 15 ans. Le travail n'a pas changé, mais les ressources s'amenuisent parce qu'on ne peut pas obtenir l'équivalent d'il y a 15 ans. On passe donc aux listes d'attente. C'est triste parce que les personnes visées requièrent beaucoup d'aide. »

Avec l'arrivée de la COVID-19, les ACSM ont vu augmenter le nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale complexes qui recourent à leurs services.

Les personnes qui se présentent, qui appellent pour avoir de l'aide ou qui vont aux urgences parce que nous y offrons aussi du soutien en situation de crise, elles ont des problèmes plus complexes que les années précédentes [...] le personnel constate des besoins accrus [...] qu'on parle de deuil, de dépression, d'anxiété – c'est souvent ça – ou d'une autre raison de faire appel à nous... les symptômes semblent s'être aggravés. Il faut donc plus de travail, de séances, d'interactions et de soutien. (Diane Brown-Demarco, directrice générale, ACSM de Muskoka-Parry Sound)

Quand il a fallu passer aux programmes et aux services virtuels, ce sont les clients particulièrement vulnérables, ceux ayant une maladie mentale grave et un faible revenu, qui ont connu les plus grandes difficultés d'accès.

Plusieurs n'ont pas les moyens d'accéder à un espace virtuel vraiment confidentiel. Il est vrai qu'on peut aller à la bibliothèque pour utiliser Internet, mais y consulteriez-vous votre... psychiatre? [...] Dans le Nord, la connexion se perd souvent. Beaucoup de gens qui ont des problèmes de santé mentale graves et complexes auraient du mal à se payer le matériel et l'accès à Internet. (Rebecca Rackow, directrice Défense des intérêts, Recherche et Élaboration de politiques publiques, ACSM de la Saskatchewan)

Les ACSM offrant des services d'urgence et d'intensité élevée rapportent que ces obstacles technologiques ont souvent forcé le maintien d'une prestation en personne, entre autres pour le TCD, la gestion de cas, les services de proximité, les programmes de justice et les équipes mobiles d'intervention en situation de crise.

Ce qui inquiète aussi, c'est l'organisation et la prestation des services couverts par le régime d'assurance-maladie qui sont fournis aux cas complexes par des médecins et des psychiatres. C'est que les soins psychiatriques font défaut, surtout dans les communautés rurales ou nordiques qui ne comptent parfois aucun spécialiste. Tiffanie Tasane (directrice générale, ACSM du Yukon) témoigne de « difficultés au Yukon. Le nombre de psychiatres y est limité [...] sans parler de la bureaucratie et des formalités administratives. Il vous faut un médecin de famille, et une grande partie de la population n'en a pas ». La situation est également critique en Saskatchewan.

Il ne reste plus que le tiers environ de la capacité d'hospitalisation d'il y a 20 ans. Elle a été dévastée. À chaque présentation de budget, on annonce la fermeture de 12 autres lits inoccupés en psychiatrie. Vous savez pourquoi ils étaient libres? Parce qu'il n'y avait aucun psychiatre dans les environs pour aiguiller les patients. (Dave Nelson, conseiller principal, ACSM de la Saskatchewan)

Sans accès adéquat aux soins psychiatriques, il arrive souvent que les patients qui ont besoin d'un suivi après avoir quitté l'hôpital en soient privés.

Il n'y a pas beaucoup de psychiatres en ville, et ils sont tous débordés [...] C'est un sujet chaud chez nous. Comment soutenir en dehors de l'hôpital les patients nécessitant un plus grand degré d'intervention? Trois jours à l'unité psychiatrique avant de retourner à la maison, ce n'est tout simplement pas assez. (Dave Nelson, conseiller principal, ACSM de la Saskatchewan)

Selon des études récentes, les psychiatres canadiens travaillent surtout en région urbaine ou métropolitaine et sont souvent absents des communautés rurales ou éloignées³¹. Même dans une province comme l'Ontario où leur nombre est élevé, l'accès équitable est un problème majeur :

les personnes bien nanties ayant de légers symptômes ont un meilleur accès aux psychiatres que celles ayant un revenu moindre et des troubles plus complexes³². Ce fait nous rappelle la nécessité d'améliorer la distribution géographique des services psychiatriques (en milieu hospitalier et en consultation externe) et de les réorganiser pour garantir l'accès des populations qui en ont le plus besoin. La prestation de soins primaires réservée aux médecins de famille pourrait en outre constituer un modèle inadéquat pour les cas complexes en santé mentale. En effet, la rémunération à l'acte de ces médecins risque d'influencer le temps alloué à chaque patient.

La plupart des fournisseurs de soins primaires n'acceptent pas de patients qui ont des besoins complexes en santé mentale parce que leurs rendez-vous durent plus de 10 minutes, ce qui n'est pas rentable. Notre idée [à l'ACSM de Toronto] a donc été de salarier des infirmières et des infirmières praticiennes pour qu'elles puissent prendre le temps de traiter nos clients. Ce fut un succès. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

Un autre modèle novateur s'est avéré efficace pour traiter les patients aux besoins complexes, cette fois à Vancouver. Les médecins travaillent à la clinique trois jours par semaine et reçoivent un salaire, plutôt qu'une rémunération à la consultation ou à l'acte, ce qui les libère des contraintes de temps. Les rendez-vous les plus brefs durent 30 minutes. Le modèle intègre des intervenants-pivots (personnes ayant un vécu expérientiel qui aident les patients à obtenir des services et du soutien dans la communauté).

Il faut créer des ponts entre le milieu communautaire et le système de santé officiel pour mieux servir les personnes qui ont des besoins complexes en santé mentale. L'ACSM de l'Î.-P.-É. se démarque à ce chapitre. Ses clients ont accès à des services axés sur le rétablissement et le bien-être, notamment du soutien par les pairs, ainsi qu'à des services cliniques fournis par des médecins de premier recours, des psychiatres et des hôpitaux. Ce modèle du « cercle de soins » permet le partage d'information et la collaboration entre le client, les cliniciens et les fournisseurs de services thérapeutiques. Les résultats pour les clients et l'efficacité des interventions communautaires en santé mentale s'en trouvent améliorés.

Je crois qu'il y a un travail intéressant à faire dans l'implantation des programmes pour rééquilibrer la relation entre les services cliniques gouvernementaux et le soutien communautaire en santé mentale. Tant qu'on ne raccordera pas ces deux milieux isolés autrement que par les recommandations de patients, les gens n'auront pas la garantie qu'ils ont obtenu le type de soutien qu'il leur faut. (Participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.)

Comme l'indique la recommandation 1.1., on ne peut pas répondre aux besoins complexes en santé mentale sans un financement de base stable et durable des services essentiels fournis par les organismes communautaires. Or, il ne suffit pas d'injecter des fonds; on doit également repenser la collaboration entre les intervenants communautaires et les autres fournisseurs de soins pour améliorer

l'accès aux services psychiatriques et corriger les failles du système de santé traditionnel.

Soutien et maintien du bien-être des intervenants en santé mentale et en consommation de substances

La main-d'œuvre en santé mentale et en consommation de substances a besoin d'un meilleur soutien. Elle est davantage exposée aux traumatismes et présente un risque accru d'épuisement professionnel. À cause du sous-financement, les travailleurs peuvent aussi avoir un salaire inférieur, être surchargés et ressentir une forte usure de compassion. C'était le cas même avant la pandémie. Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation à l'ACSM de Kelowna, résume la situation : « Quand je pense au soutien accordé à notre personnel qui est exposé, jour après jour, à des scènes traumatiques, comme des surdoses de drogue [...] En fin de compte, les intervenants ne bénéficient pas de ces services. »

Lorsqu'une collectivité a des ressources en santé mentale inadéquates, le personnel doit redoubler d'efforts pour pallier les lacunes, souvent au détriment de son bien-être. Par exemple, en Saskatchewan, où il n'y a pas de ligne d'écoute provinciale, l'épuisement professionnel et le taux de roulement sont importants chez les pairs-aidants qui répondent aux appels de détresse.

Nous perdions un pair-aidant après l'autre malgré les rappels. « Éteins ton téléphone. Tu n'es pas la seule personne sur Terre à qui s'adresser. Prends du temps pour toi. Pense un peu à toi. Repose-toi. » On a beau les prévenir, ils ont le cœur sur la main, un si grand cœur qu'ils refusent de se ménager. (Rebecca Rackow, directrice Défense des intérêts, Recherche et Élaboration de politiques publiques, ACSM de la Saskatchewan)

Les intervenants communautaires ont tendance à être moins bien rémunérés que les autres fournisseurs de soins. À l'ACSM de Toronto, qui emploie 35 infirmières à temps plein, sept postes sont restés vacants durant la pandémie, notamment en raison des écarts salariaux entre le milieu communautaire et le réseau public.

Le roulement du personnel infirmier donne froid dans le dos depuis le début de la pandémie. En étudiant le dossier, nous avons constaté un écart pouvant atteindre 33 % entre les salaires en milieu communautaire et ceux en santé publique ou en milieu hospitalier. Je peux très bien comprendre qu'on choisisse d'être mieux payé pour faire les mêmes tâches. [...] Malgré la qualité de leur milieu de travail, les organismes sans but lucratif ne peuvent pas rivaliser avec une bonification salariale de 33 %. Ce serait peut-être différent avec un écart de 10 %, mais c'est irréaliste au niveau actuel. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

« Les intervenants communautaires en santé mentale disent parfois que leur travail en est un du cœur.

Nos membres sont avec nous parce c'est important pour eux de faire la différence. Ce n'est certainement pas le salaire qui les attire parce qu'ils feraient beaucoup plus d'argent du côté gouvernemental », confirme le participant 6 (ACSM de l'Î.-P.-É.).

Quand la pandémie a forcé la fermeture des écoles et des services de garde, les intervenants ont dû répondre à une nouvelle hausse de la demande tout en s'occupant de leurs enfants et d'autres responsabilités additionnelles chez eux. Ils ont été nombreux à faire des heures supplémentaires et à contribuer aux services de relève d'urgence, notamment dans les cliniques de vaccination, les hôtels d'isolement et les services de soutien en situation de crise.

C'était très stressant. Plusieurs se sont fait un devoir de mettre les bouchées doubles vu les circonstances et notre mandat, mais ç'a souvent été au détriment de leur bien-être et de leur vie personnelle, déjà minés par la pandémie. Il y avait aussi cette pression autour des heures supplémentaires chez les professionnels de la santé mentale. J'y vois donc un double impact en quelque sorte. (Participant 4, ACSM)

La qualité des services communautaires en santé mentale est directement liée au bien-être du personnel. Ce dernier étant déjà à bout de souffle, il faut injecter des fonds pour assurer non seulement la pérennité des services de haute qualité, mais aussi la santé et le bien-être des individus qui fournissent ces soins.

Investissements directs dans les organismes autochtones ainsi que les programmes et services de santé mentale dirigés par des Autochtones

Depuis déjà longtemps, les peuples autochtones, les communautés racisées, les nouveaux arrivants et les réfugiés se frappent à la discrimination systémique et sont négligés par les services de santé mentale. La COVID-19 a accentué leur vulnérabilité³³. Pendant la pandémie, des incidents racistes ont aussi mis en évidence le besoin d'accroître le soutien en santé mentale offert pour et par ces communautés.

Les peuples autochtones constituent un groupe important en ce qui concerne l'accès aux services, car le colonialisme et le racisme au Canada ont créé de grandes disparités en santé entre Autochtones et allochtones. Les ACSM ont relevé des problèmes majeurs, comme le taux élevé de suicide dans des communautés autochtones du nord du Manitoba et l'absence de services accessibles en santé mentale et en dépendances pour les Métis en Saskatchewan. S'y ajoutent des taux élevés d'intoxications aux opioïdes ainsi que l'échec des gouvernements à assurer l'accès des Premières Nations à des logements de qualité et à l'eau potable en Alberta.

Les ACSM ont noté des problèmes d'accès aux services pour les communautés autochtones et reconnu leur présence dans leurs propres filiales, régions ou divisions. Un travail d'amélioration colossal doit

être fait, et ce, en partenariat avec les communautés, afin de veiller à ce que les ACSM aient les connaissances et la compétence culturelle nécessaires à l'établissement de relations durables fondées sur la confiance et le respect. Les ACSM du Manitoba et de Winnipeg entretiennent des partenariats florissants avec les communautés autochtones qui les aident à produire et à exécuter des programmes et des services adaptés à la culture. Leur approche repose sur la « conception conjointe » : plutôt que de créer un programme puis « d'inviter » les communautés à y participer, on les implique concrètement dès la planification d'un programme, d'un service ou d'une mesure de soutien, et ce, jusqu'à sa prestation locale. Pour que les services de santé mentale soient équitables, accessibles et adaptés à la culture, ils doivent être conçus avec des organisations du secteur dirigées par des Autochtones. Il faut également tenir compte des causes historiques du traumatisme et du racisme à la base de nombreux problèmes de santé dans les communautés autochtones, pour mieux intervenir.

Soutien accru des programmes, services et organismes de santé mentale dirigés par des personnes racisées, nouvellement arrivées ou réfugiées

Communautés noires et racisées

Avant la pandémie, les communautés racisées étaient défavorisées au chapitre des services communautaires en santé mentale et en dépendances. Lisa Ali (directrice principale Stratégie et services cliniques, ACSM de Peel Dufferin) raconte : « Nos résidents noirs n'accèdent pas aux services de la même façon que le feraient d'autres populations... Je ne crois pas que la pandémie soit forcément en cause, mais elle nous fait prendre conscience des groupes qui fréquentent nos services et de ceux qui ne le font pas. » La situation s'explique en partie par le nombre limité de membres du personnel racisés, mais aussi par un manque de formation chez leurs pairs non racisés. D'ailleurs, à l'ACSM de l'Î.-P.-É. :

Le personnel réclame toujours plus de formation sur le travail auprès des populations diversifiées aux besoins complexes. Je vous jure que pour chaque sujet nouveau ou approfondi en lien avec la santé mentale, nos employés se sentent mal outillés pour intervenir dans le domaine. Qu'il s'agisse de traumatismes, de dépendances – comme je l'ai dit plus tôt –, de diversité des genres ou de diversité raciale, il faut voir à ce que les membres du personnel aient les compétences et les bonnes ressources pour s'occuper convenablement des clients et des personnes qu'ils rencontrent. (Participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.)

Bien avant la pandémie, les risques liés à une crise de santé mentale étaient exacerbés par le racisme systémique, notamment envers les personnes noires ou autochtones. Comme l'ont montré de récentes interventions policières auprès de personnes en crise, ce type de racisme peut avoir des conséquences tragiques chez les personnes racisées. Lisa Ali (directrice principale Stratégie et services cliniques, ACSM de Peel Dufferin) commente deux tragédies : « Monsieur Choudhry et DeAndre Campbell ont perdu la vie lors d'interventions policières alors qu'ils avaient sans l'ombre d'un doute des problèmes de santé mentale [...] Les événements se sont produits durant la pandémie. C'était une autre pandémie en soi. »

Pour mieux servir les communautés racisées, y compris les personnes noires, il faudra revoir les interventions en santé mentale pour que la responsabilité revienne aux travailleurs à l'intervention d'urgence plutôt qu'à la police lors des interventions. Selon Lisa Ali, il est primordial de faire passer « les interpellations liées à la maladie mentale sous la direction d'un fournisseur de soins en mesure d'évaluer la situation et de trancher sur la question d'une hospitalisation ». Une meilleure collecte de données par les ACSM locales faciliterait le repérage des lacunes dans les services aux communautés racisées et l'élaboration de stratégies pour améliorer la prise de contact.

Nouveaux arrivants et réfugiés

Étant donné le manque de ressources adaptées et le nombre limité de programmes et services en santé mentale offerts dans plusieurs langues, les nouveaux arrivants et les réfugiés peinent à trouver du soutien et à y recourir. La COVID-19 a aussi rendu ces groupes particulièrement vulnérables. La montée du racisme et du protectionnisme chez une partie de la population canadienne, causée par l'association problématique des nouveaux arrivants à la propagation du virus, s'est répercutée sur leur santé mentale.

Il y avait beaucoup plus de pression sur les immigrants et les Néo-Canadiens... d'abord, en raison de la discrimination liée à la pandémie. Mais je crois aussi que le stress rend les gens moins tolérants, plus méchants. N'est-ce pas? Les personnes racisées ont plus souvent servi de bouc émissaire, ce qui a eu une incidence sur leur santé mentale... leurs symptômes durant la pandémie. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

La montée du racisme et ses conséquences signifient que les organismes communautaires en santé mentale doivent fournir des programmes et des services plus actifs et mieux adaptés à la culture.

1.3 Financement et infrastructure de soutien des services de santé mentale virtuels

Les organismes communautaires en santé mentale ont besoin de fonds et d'infrastructures de soutien aux services virtuels pour que les membres des communautés rurales ou éloignées, des populations vulnérables et des groupes autrement défavorisés continuent d'avoir accès à des services de qualité.

De nombreux dirigeants et employés des ACSM voient les services de demain adopter un modèle hybride (en personne et à distance). La prestation de services de santé mentale virtuels durant la pandémie a démontré l'efficacité de ces derniers, mais aussi leur potentiel pour améliorer l'accès.

Ces services viennent toutefois avec des défis de taille. Les organismes auront besoin de fonds pour moderniser leurs infrastructures technologiques et veiller à ce que les clients vulnérables aient accès aux outils requis.

Grâce aux services virtuels, de nombreuses filiales, régions et divisions de l'ACSM ont pu accroître leur efficacité et élargir leur clientèle, tant du côté des activités de promotion de la santé par la sensibilisation que de celui des services cliniques. En pleine pandémie, l'ACSM du Nouveau-Brunswick s'est lancée dans les présentations virtuelles de promotion de la santé mentale et a plus que doublé le nombre de participants, éclipsant une cible de 85 000 en 2019 pour dépasser largement les 200 000 en 2020. L'ACSM de Peel Dufferin a quant à elle changé du tout au tout son modèle de prestation de services cliniques pour répondre au niveau accru de détresse vécue par la population à cause de la COVID-19. On a créé une équipe de triage qui dirigeait sans délai les clients vers les services appropriés. Comme plusieurs de ses services étaient passés en mode virtuel, ceux en personne étant réservés aux cas graves ayant des besoins complexes, l'ACSM de Peel Dufferin a pu réaffecter du personnel dans l'équipe de triage.

Nous savions que la demande en santé mentale augmenterait [durant la pandémie]. C'est pourquoi nous avons formé l'équipe de triage. Elle fournissait un service immédiat de 8 h à 20 h. En nous appelant, vous aviez au bout du fil une personne spécialisée en santé mentale ou en dépendances qui évaluait votre cas. Si vous aviez besoin de services d'urgence, par exemple de notre équipe de gestion de crise, nous arrangions le tout. En 24 heures, toute personne qui appelait pour avoir de l'aide faisait l'objet d'une brève intervention, avait droit à une ou deux séances de soutien psychologique, ou était assignée à un groupe. Nous voulions être aussi efficaces que possible. (Lisa Ali, directrice principale Stratégie et services cliniques, ACSM de Peel Dufferin)

Ce modèle a connu un tel succès que l'ACSM de Peel Dufferin le maintiendra après la pandémie.

Le modèle virtuel permet dorénavant aux ACSM de servir de plus vastes populations. De nombreuses communautés, en particulier celles rurales, éloignées ou autochtones, manquent cruellement d'accès aux services essentiels en santé mentale, ce qui oblige leurs membres à se rendre dans les centres urbains. À l'ACSM de la région d'Edmonton, les programmes virtuels d'éducation et de soutien ont rendu possible l'ouverture des services aux communautés rurales environnantes.

Plusieurs ACSM ont rapporté que leur plateforme virtuelle a amélioré les services aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui avaient accès aux technologies requises.

L'avantage avec les services virtuels, c'est qu'on peut y accéder de chez soi. Les personnes qui ne souhaitent pas quitter leur domicile ou qui ont de la difficulté à se déplacer trouvent bien commode de n'avoir qu'à s'inscrire ou se connecter... certains clients qu'on avait du mal à faire participer sont maintenant très actifs. (Diane Brown-Demarco, directrice générale, ACSM de Muskoka-Parry Sound)

De nombreuses ACSM ont aussi remarqué que l'anonymat offert par le format virtuel dissipe en partie la gêne du recours aux services de santé mentale. Comme le précise le participant 6 (ACSM de l'Î.-P.-É.) : « [des] personnes nous ont dit voir la plateforme virtuelle comme un point d'entrée plus sûr pour eux... Il est probable que la stigmatisation y soit pour quelque chose. Les gens n'ont pas à se présenter dans nos locaux. Ils peuvent bénéficier du soutien de l'ACSM sans être associés à elle. »

Tout le monde ne profitait pas cependant d'un même accès aux services virtuels. À l'ACSM du Nouveau-Brunswick, les séances d'information, auparavant très populaires chez les populations vulnérables, ont commencé à accueillir plus de professionnels de la santé, dont des infirmières. Les séances d'une autre ACSM attiraient davantage les personnes blanches et les membres de la classe moyenne; elles étaient boudées des populations moins nanties et plus vulnérables.

Nous avons entendu que le passage aux services virtuels avait bénéficié aux gens de la classe moyenne, qui sont privilégiés et qui ont accès aux technologies. L'envers de la médaille, c'est que la transition a en fait compliqué l'accès aux services spécialisés en santé mentale et en dépendances pour les personnes à faible revenu, qui sont davantage marginalisées et qui n'ont pas accès à Internet, à un ordinateur ou à un téléphone. (Participant 4, ACSM)

Les services virtuels constituaient aussi un obstacle pour les personnes âgées ou peu à l'aise avec les technologies.

J'ai travaillé avec pas mal de gens qui galéraient dans le monde virtuel. Même la prise de rendez-vous, les configurations ou l'explication de leurs besoins en ligne ou au téléphone étaient un défi. Quand on est déjà anxieux et qu'il faut apprendre quelque chose de nouveau, ça peut compliquer la situation. (Participant 3, ACSM du nord de la Colombie-Britannique)

Afin d'éliminer ces obstacles, plusieurs filiales, régions et divisions de l'ACSM ont lancé des programmes de prêt d'appareils électroniques et proposé des forfaits de données à leurs clients. Pour ce faire, elles ont utilisé une partie des subventions gouvernementales visant à lutter contre la COVID-19, leurs fonds de réserve ou les fonds de donateurs et de partenaires communautaires. Les ACSM de Toronto, de la Nouvelle-Écosse, de la région d'Edmonton, de l'Î.-P.-É. et de Muskoka-Parry Sound font

partie des nombreuses entités ayant créé un programme de prêts de téléphones intelligents et de tablettes et ayant offert des forfaits de données à leur clientèle. Ces initiatives ont changé bien des vies.

[Quelqu'un du programme de soutien par les pairs] a trouvé du financement pour offrir un accès à Internet et des appareils à des personnes qui n'en avaient pas les moyens dans la région du cap Breton, et [ça] a changé leur vie. Nous n'avons pas pu le faire en Nouvelle-Écosse continentale, mais sur l'île du Cap-Breton, oui. Nous avons aidé des gens qui reçoivent une aide au revenu, par exemple, à avoir Internet ou un appareil pendant deux ans sans frais. Grâce à ces dons, ils ont pu parler à un conseiller au besoin ou participer à un groupe de soutien. (Laurel Taylor, principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse)

Le secteur des services communautaires en santé mentale aura toutefois besoin de fonds additionnels pour pérenniser sa capacité virtuelle.

Les plateformes sont assez dispendieuses si vous payez à l'utilisateur, surtout pour une organisation de notre taille... comme avec les soins virtuels... tous [nos participants] n'ont pas accès aux technologies et, par le fait même, aux services virtuels. Certains n'ont même pas de téléphone cellulaire. Je le répète : il faut du financement ou une forme d'aide pour fournir une connexion Internet, des tablettes ou des téléphones cellulaires, par exemple, qui permettront de maintenir les soins virtuels à long terme [...] (Chris Babcock, directrice Qualité, Rendement et Risques, de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex)

Les coûts augmentent également chaque fois qu'on ajoute ou modernise une infrastructure technologique. De nombreuses ACSM ont connu de grandes difficultés lors du passage à une plateforme virtuelle en début de pandémie parce que leurs filiales et régions n'avaient pas la technologie requise pour proposer autre chose que des programmes et services en personne auparavant. Il leur a donc fallu de quelques semaines à plusieurs mois pour s'organiser.

Les ACSM soulignent que les services en personne devraient toujours être une option, car ils donnent parfois de meilleurs résultats et qu'ils favorisent les liens sociaux. Elles voient les services communautaires en santé mentale de demain suivre un modèle hybride de programmes, soutien et services virtuels et en personne. Des fonds seront nécessaires pour soutenir l'infrastructure technologique de leurs organisations et pour venir en aide aux clients vulnérables.

Recommandation 2 : Accroître le soutien aux programmes et aux stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales et des dépendances

Renforcer la capacité des organismes communautaires à fournir des programmes et services de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales pour réduire la pression sur le système de soins de courte durée.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé mentale, de prévention des maladies et d'intervention précoce seront essentiels pour évaluer et neutraliser les effets de la pandémie. Avec la réouverture des écoles et des lieux de travail, les jeunes, les éducateurs, les employeurs et les communautés auront besoin d'aide pour gérer angoisses et anxiété, stress, deuil et traumatismes.

Qu'est-ce que la promotion de la santé mentale?

Même si la plupart des travaux en santé mentale portent sur la gestion des symptômes ou le traitement des dépendances ou des maladies, la promotion de la santé mentale consiste à adopter une approche préventive, axée sur le développement précoce et continu d'une santé mentale positive. La promotion de la santé mentale vise à cultiver la santé mentale positive individuelle et collective par le recours à une combinaison d'interventions tout au long de la vie, dans les milieux locaux, au travail et à l'école³⁴. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, cette promotion « comprend la valorisation de la santé mentale et le renforcement des capacités d'adaptation individuelle plutôt que l'allégement des symptômes et des déficits³⁵ ».

Citons en exemples les programmes de sensibilisation et de prévention du suicide, les programmes libres, les Recovery Colleges, les Discovery Colleges, Retrouver son entrain, Vivre sa vie pleinement, les programmes d'apprentissage socioémotionnel pour les jeunes, ceux de santé mentale en milieu de travail ainsi que les programmes et ateliers de techniques parentales positives. La promotion de la santé mentale est aussi axée sur l'ensemble de la communauté et tient compte des déterminants sociaux de la santé, comme l'inclusion sociale, la protection contre la violence, le logement et l'emploi.

Qu'est-ce que la prévention des maladies mentales?

Les interventions de prévention précèdent généralement l'apparition d'un « épisode de signes cliniques » et ont pour but de réduire « l'incidence, la prévalence ou la gravité de problèmes mentaux précis³⁶ ». Les stratégies de prévention³⁵, qui ciblent habituellement des « facteurs de risque, doivent être exécutées au bon moment avant l'apparition du trouble pour avoir une efficacité optimale. Une fois que le trouble s'est manifesté, il est encore possible d'en limiter la gravité, l'évolution, la durée et les limitations associées par l'adoption de mesures préventives jusqu'à son terme³⁷ ».

Puisque l'ACSM se donne pour principes de promouvoir la santé mentale et de prévenir les maladies, chacune de ses filiales, régions et divisions à travers le Canada inclut ces volets à sa programmation.

La forte demande en promotion de la santé mentale et en prévention excède souvent la capacité individuelle des filiales, régions et divisions de l'ACSM au pays.

Expansion des services de promotion actuels

La promotion de la santé mentale est indispensable pour prévenir les crises et réduire la pression sur le système de soins de courte durée, un réseau de services d'intensité élevée conçu pour traiter les problèmes de santé mentale ou d'usage de substances plus complexes. Malgré ses bienfaits reconnus, on ne lui accorde toujours pas la valeur ni le financement qu'elle mérite. Les stratégies de promotion peuvent aider la population canadienne à prendre soin de leur santé mentale et à se remettre de la pandémie, ce qui nous permettra d'optimiser l'utilisation des ressources en santé.

La promotion de la santé mentale est d'une grande utilité pour préserver le bien-être collectif. À la manière d'une « mise en forme psychologique », elle outille les gens pour qu'ils arrivent à mieux gérer le stress et les défis du quotidien et qu'ils s'évitent des problèmes de santé mentale. Christine Stewart (directrice générale, ACSM de Red Deer) parle du Recovery College de sa filiale :

Il faudrait que ça entre dans les mœurs, que les gens se pointent régulièrement dans un cours pour faire de leur santé mentale une priorité et qu'ils aient un endroit où parler à un pair s'ils passent une mauvaise journée. Ces personnes n'ont pas besoin d'une aide professionnelle. Elles veulent juste que quelqu'un qui ne fait pas partie de leur famille [...] les comprenne et leur propose des solutions.

Les programmes et les mesures de promotion de la santé jouent un rôle crucial dans la réduction des crises de santé mentale et des pressions sur le système de soins de courte durée. Les programmes, surtout ceux dans les écoles et les milieux de travail, sont d'excellents investissements.

Les gens vont avoir besoin d'aide pour rebâtir leur résilience. À mon avis, le meilleur moyen de joindre un maximum de personnes, c'est de passer par les écoles et les milieux de travail. Prenons l'exemple d'une intervention en santé à l'échelle de la population. Il faudrait aider les employeurs à soutenir leur personnel pour renforcer la résilience et recharger les batteries de tout le monde. Il faudrait aussi penser à des moyens de cultiver l'espoir en l'avenir et de prendre conscience de sa souffrance. En passant par le travail et l'école, nous pourrions atteindre une vaste majorité de la population. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

Malgré les preuves de réductions de coûts pour le système de santé découlant d'un investissement dans la promotion de la santé mentale, cette dernière ne se voit pas accorder la même importance que les traitements.

L'accès aux services de santé mentale et aux soins préventifs est très problématique tout comme l'avancement de notre spécialité, c'est-à-dire la promotion et la prévention, pour qu'elle ait une place comparable à celle des traitements et du rétablissement. (Participant 7, ACSM de Montréal)

La promotion de la santé mentale a été négligée, comme l'illustre son financement anémique. À l'ACSM de Toronto, les programmes de promotion dépendent des contributions de donateurs et de Centraide parce que le financement provincial ne suffit pas.

Programmes de prévention des maladies mentales et des dépendances

Bien que les initiatives de promotion des ACSM aient pris de l'ampleur, les mesures sanitaires ont forcé la suspension de nombreuses activités de prévention des maladies mentales et des dépendances. Ce fut entre autres le cas du sans rendez-vous et des groupes de soutien par les pairs en personne, notamment ceux qui se réunissaient pour cuisiner, jardiner ou prendre un café. Les ACSM de Muskoka-Parry Sound et de Toronto ont remplacé ces regroupements par des appels de suivi du bien-être entre pairs. Les bris de services ont particulièrement affecté les personnes âgées et celles atteintes de maladies mentales sévères et persistantes, puisque les activités à la carte et les groupes de pairs apportent du soutien et aident à combattre l'isolement.

Nous offrons aux gens un refuge, un endroit où ils peuvent être orientés (vers d'autres services ou programmes) ou prendre un repas chaud; c'est un lieu sûr. Les choses ont évidemment changé [avec la COVID-19], surtout pour les femmes, mais aussi pour ce qui est des visites informelles. Et il y a le bien-être. Le fait de pouvoir aller au Y avec un groupe [...] nous proposons un merveilleux programme en partenariat avec une bibliothèque. N'importe qui peut se rendre sur place pour s'informer sur nos services ou parler de santé mentale. [...] la perte de cette proximité, de cette souplesse, c'était un des coups les plus durs à encaisser. (Chris Babcock, directrice Qualité, Rendement et Risques, de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex)

La fermeture des programmes libres impose un travail important pour veiller à ce que les personnes gravement malades ou en convalescence aient une importance égale. Dans les écoles, les milieux de travail ou les communautés, la promotion du bien-être psychologique de la population canadienne, quelle que soit la gravité de la maladie, servira de pilier à notre rétablissement collectif, mais uniquement si elle est adéquatement financée.

Investir dans la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et des dépendances : un incontournable pour se remettre de la pandémie

Il sera essentiel d'investir dans la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et des dépendances tout au long de la pandémie et par la suite. Les programmes virtuels et ceux de prévention et d'intervention précoce, comme Retrouver son entrain et le programme ontarien de psychothérapie structurée, seront d'un grand secours en cas de symptômes légers ou modérés pour mieux intervenir avant qu'ils ne s'aggravent.

La COVID-19 a mené à l'expansion de plusieurs programmes qui s'adaptaient bien au format virtuel. Les centres d'apprentissage sur le bien-être, souvent nommés Recovery Colleges, ont vu bondir le nombre d'inscriptions. « Les cours en ligne du Recovery College ont connu un énorme succès, et nous voulons conserver la formule à long terme. D'ailleurs, les communautés rurales communiquent avec nous pour être certaines que leur population a accès à nos cours et qu'elle peut y participer en tout temps. » (Christine Stewart, directrice générale, ACSM de Red Deer) Les ACSM d'autres régions ont été en mesure d'adapter leurs services de formation et de soutien par les pairs ainsi que des cours de bien-être psychologique sur la pleine conscience, la gestion des symptômes de l'anxiété et de la dépression ou la gestion du stress en temps de pandémie. Certaines ont mis à l'échelle leurs programmes de promotion de la santé mentale pour répondre aux demandes croissantes des écoles et des milieux de travail qui veulent favoriser le bien-être des élèves et du personnel.

La pandémie a mis la santé mentale à l'avant-plan. Nous avons reçu plus d'appels, surtout d'employeurs qui s'intéressent à la santé mentale de leur équipe, à la gestion du stress et à d'autres sujets intimement liés aux problèmes de santé mentale. Oui, il y a eu plus d'appels, et nous avons augmenté le nombre de services fournis. Nous avons doublé notre offre et connu une très forte croissance en 2020-2021. (Participant 7, ACSM de Montréal)

Pour répondre à la demande accrue en services de santé mentale qui émane de la pandémie, le secteur communautaire a besoin d'un financement de base stable et durable. Le monde post-pandémie comportera sans doute de nouveaux facteurs de stress sociaux qui joueront sur la santé mentale individuelle, accentuant de même coup la pression sur les systèmes en place et le personnel du secteur de la santé. Un financement adéquat sera indispensable au bien-être des personnes vulnérables et des intervenants communautaires en santé mentale.

Recommandation 3 : Financer publiquement les services locaux de soutien psychologique et de psychothérapie

Le soutien psychologique est très en demande dans nos communautés, un constat qui précède la crise sanitaire. La COVID-19 a cependant engendré une hausse de la demande de soutien, tant par les personnes déjà atteintes d'une maladie mentale et de symptômes aigus que par celles ayant des problèmes de santé mentale légers ou modérés dus à la pandémie. Les principales difficultés au chapitre du soutien psychologique concernent l'accès, plus précisément les longues listes d'attente, les coûts et l'absence de soutien à long terme. Il est temps que le soutien et les services psychologiques s'intègrent au réseau de santé public financé par l'État.

Accès au counseling et à la psychothérapie au Canada : mise en contexte ³⁸

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

Par conséquent, les médecins canadiens constituent le noyau dur de la prestation de services en santé mentale financée par l'État. Près de 80 % des Canadiennes et Canadiens consultent leur médecin de famille pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale, mais ces services sont limités : les médecins offrent habituellement des traitements médicamenteux, du soutien émotionnel, du counseling pour promouvoir la santé et le bien-être ainsi que des conseils et des références vers d'autres services. De nombreux médecins ne bénéficient pas du soutien et des ressources nécessaires pour traiter les personnes qui souffrent de troubles mentaux, ou n'ont peut-être pas le temps ou les ressources nécessaires pour répondre à la demande de services. De surcroît, 14,9 % de la population canadienne, soit près de 4,5 millions de personnes, n'ont pas de médecin de famille, ce qui signifie qu'ils n'ont probablement pas accès à des services de base en santé mentale.

Certains ont accès à des services de counseling financés par leur province ou territoire, mais les listes d'attente peuvent être assez longues. La moitié des Canadiens attendent jusqu'à un mois pour des services de counseling continus dans la collectivité, alors qu'une personne sur dix peut attendre plus de quatre mois ³⁹.

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

Les ACSM qui proposent du soutien psychologique ont noté une demande accrue depuis l'arrivée de la COVID-19. Diane Brown-Demarco, directrice générale, précise qu'à « l'ACSM de Muskoka-Parry Sound, les listes d'attente s'allongent, et les délais d'accès aux services aussi, surtout pour le soutien psychologique ». Les ACSM ont également reçu un plus grand volume d'appels de gens en quête de soutien. À la ligne d'écoute de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex, qui vient en aide aux personnes en détresse (et non en crise) et qui les aiguille vers d'autres services, y compris de soutien psychologique, le nombre d'appels a bondi de 35,5 % en mars 2021.

Les temps d'attente sont actuellement un obstacle majeur. Les Alberta Health Services offrent des thérapies sans frais, mais leur liste d'attente est longue. En Saskatchewan, pour obtenir des services de soutien psychologique dans le réseau public, il faut patienter de six mois à un an. Le problème ne se limite pas aux services financés par l'État. Au Nouveau-Brunswick, en plus des listes d'attente pour le soutien psychologique en français et en anglais dans le système public, il faut compter celles des psychologues au privé, qui sont nombreux à refuser de nouveaux clients.

Pendant la pandémie, des filiales, régions et divisions de l'ACSM ont noté une recrudescence d'initiatives de soutien psychologique à court terme dans leur province ou territoire, et parfois au sein même de leur organisation. L'ACSM de Kelowna a reçu une subvention provinciale dans le cadre de la Community Action Initiative pour offrir une séance de thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS) aux 25 ans et plus. Certaines provinces ont financé de nouveaux programmes comme le programme ontarien de psychothérapie structurée⁴⁰. Cela dit, ces programmes de soutien à court terme tendent à s'adresser davantage aux personnes ayant des problèmes de santé mentale légers ou modérés; ils ne comblent pas les besoins issus de problèmes plus complexes, comme l'illustre ce témoignage :

Il y a DoorWays... pour le soutien psychologique [en une séance] sans rendez-vous. Mais les rencontres régulières avec un même conseiller spécialisé avec qui vous développez une relation pour surmonter des années de traumatisme ou de maladie chronique, c'est vraiment très difficile à trouver. Nous avons ça avec Eastern Health... vous appelez la ligne de service, et on vous trouve

quelqu'un... vous rencontrez la personne à quelques reprises, puis on vous éjecte pratiquement de la liste de cas. (Participant 4, ACSM)

À Kelowna, en Colombie-Britannique, l'accès à des services axés sur les traumatismes et abordables est particulièrement difficile, surtout pour les personnes en situation d'itinérance ou ayant des problèmes de consommation de substances.

Les traumatismes sont le talon d'Achille du soutien psychologique. Il existe des approches et des modèles de traitement particuliers. Les systèmes de santé classiques et les fournisseurs de PAE, qui s'appuient souvent sur quatre à six séances de TCC (thérapie cognitivo-comportementale) ou de TBOS, par exemple, ne vont pas nécessairement aider en cas de traumatisme complexe. Les traumatismes sont omniprésents quand on parle d'autres problèmes comme la consommation de substances et l'itinérance. Je ne crois pas avoir vu de soutien psychologique facile d'accès – et encore moins abordable – pour les personnes ayant vécu un traumatisme. (Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation, ACSM de Kelowna)

Le coût des services de soutien psychologique et de psychothérapie fait aussi obstacle. L'ACSM de la Saskatchewan reçoit beaucoup d'appels de gens qui « ont besoin de soutien sans pouvoir se le permettre ».

Ils ont besoin de soutien psychologique, mais sont sans emploi, en partie... parce qu'ils ont besoin d'aide et d'outils pour bien évoluer dans un milieu de travail. Alors ils n'ont pas de régime d'assurance ni de programme d'aide aux employés. Rien de tout cela. Ils n'ont pas non plus d'économies pour se payer des services de soutien psychologique [...] la demande est là, mais la capacité de paiement fait défaut. (Rebecca Rackow, directrice Défense des intérêts, Recherche et Élaboration de politiques publiques, ACSM de la Saskatchewan)

Des avancées ont permis d'améliorer l'accès au soutien psychologique et à la psychothérapie par des programmes virtuels comme l'Espace mieux-être Canada et le programme ontarien de psychothérapie structurée. Or, d'importantes lacunes subsistent et empêchent de nombreuses personnes au Canada d'obtenir des services en personne à long terme, surtout si leurs besoins complexes sont incompatibles avec les nouveautés. Les coûts au privé et les listes d'attente pour les services publics et privés bloquent l'accès. Il est grand temps que l'État finance des services de soutien psychologique et de psychothérapie pour tous.

Recommandation 4 : Accroître les investissements dans le logement, le soutien au revenu et la sécurité alimentaire

Le fédéral doit prendre les devants pour assurer l'accès universel à des aliments sains, au soutien du revenu et à un logement sûr et abordable.

Il faut :

- préserver le parc de logements abordables et l'agrandir;
- prévoir un financement fédéral pluriannuel durable pour les initiatives d'hébergement, y compris les logements supervisés et de transition pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances;
- établir un soutien du revenu adéquat pour que ces personnes puissent vivre dans des endroits sécuritaires sans craindre l'insécurité alimentaire ni la perte de leur logement ou de mesures d'aide.

Depuis le début de la pandémie, la lutte à l'itinérance, la sécurité de logement, le soutien au revenu et la sécurité alimentaire sont au cœur des préoccupations chez les clients des ACSM et d'autres membres de la population. La crise sanitaire a aggravé les problèmes existants alors que les gens composaient avec des soucis financiers liés à la perte d'emploi, des difficultés d'accès au soutien au revenu, une pénurie de logements abordables et la fermeture des banques alimentaires et d'autres services communautaires comme les programmes libres. Afin de redresser la situation, de nombreuses filiales et régions de l'ACSM ont utilisé les fonds d'urgence reçus en lien avec la COVID-19 pour accroître le soutien aux personnes en situation d'itinérance, ayant des problèmes liés au logement ou vivant de l'insécurité financière ou alimentaire. On ne saurait ignorer le besoin d'augmenter les investissements gouvernementaux dans le logement et le soutien du revenu pour que chacun, y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, soit adéquatement logé, nourri et soutenu financièrement en vue de contribuer à la reprise.

Le logement, le soutien au revenu et la sécurité alimentaire sont des déterminants sociaux de la santé cruciaux, y compris pour la santé mentale.

L'état de santé mentale d'une personne est loin de dépendre uniquement [...] de la capacité d'adaptation ou de la résilience. Je soutiens que l'environnement et les circonstances personnelles l'influencent davantage que les qualités ou les compétences individuelles. Il faut retrouver cela

dans la programmation quand vous pensez aux déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité alimentaire et le logement, entre autres. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

Le droit au logement : un droit universel

Refuge : Centre d'hébergement temporaire proposant des services de base.

Logement social : Logement financé par un ordre de gouvernement.

Logement abordable : Logement adéquat coûtant moins de 30 % du revenu avant impôt d'un ménage⁴¹. Ce type d'habitation peut être fourni par les secteurs privé, public ou sans but lucratif et comprendre tous les modes d'occupation (logement locatif, propriété, coopérative d'habitation). Le terme peut s'appliquer aux refuges d'urgence, aux logements de transition, aux logements supervisés, aux logements subventionnés, aux loyers du marché ou au marché de propriétés.

Logement de transition : Hébergement temporaire axé sur les services faisant le pont entre les refuges pour sans-abri et le logement permanent. On propose aux résidents de la formation et du soutien pour gérer leurs problèmes de santé mentale ou d'usage de substances et développer des aptitudes essentielles.

Logement supervisé : Type d'hébergement axé sur la réadaptation et l'intégration communautaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, des handicaps physiques ou des troubles liés au développement. Le logement et les services d'aide vont de pairs : le personnel, formé en travail social ou en réadaptation psychiatrique, fournit un soutien adapté dans les résidences. Ce type d'hébergement prend la forme de foyers de groupe, d'unités individuelles ou multiples dans un bâtiment, ou de logements autonomes dispersés avec assistance limitée. Le soutien flexible s'adapte aux besoins du client et aux services disponibles. Il peut notamment s'agir de gestion de cas, d'aide au logement ou de soutien par les pairs.

Le logement, un besoin fondamental, reste hors de portée pour nombre de personnes au pays, avant tout pour des raisons d'abordabilité. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances ont plus de difficulté à accéder à un logis adéquat et à le conserver. Le système de logement est au cœur du problème. Au Canada, une personne sur cinq ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances risque d'avoir besoin d'un logement supervisé ou de transition qui soit également abordable. Et l'ensemble de la population doit avoir accès à un logement abordable, sécuritaire, stable et permanent pour maintenir une bonne santé mentale.

mental health, we all require access to affordable, safe, stable and long-term housing to maintain good mental health.

D'un océan à l'autre et à l'autre, les communautés sont nombreuses à manquer de différents types d'habitations, dont des refuges, des logements abordables, subventionnés ou supervisés et des logements de transition, qui comblerent des besoins variés. Laurel Taylor (principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse) signale que la Nouvelle-Écosse connaît « une grave pénurie de logements en ce moment. Refuges, logements de transition, résidences permanentes... tout se fait rare. »

Dans des provinces comme l'Alberta, où les suppléments au loyer ont été récupérés, il manque de logements abordables pour les personnes au revenu modeste, et les programmes de logements supervisés administrés par des organismes comme l'ACSM ont de longues listes d'attente. Chris Babcock, de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex en Ontario, insiste sur un fait : « Les logements supervisés ont toujours – je dis bien toujours – été une priorité parce que la demande ne faiblit pas et que nos listes d'attente sont interminables pour nos options à long terme ou plus permanentes. »

Dans plusieurs communautés, les problèmes immobiliers sont liés à une pénurie de logements abordables, lesquels sont ravis par des investisseurs privés, notamment à la tête de nouveaux projets d'immeubles en copropriété ou de locations à court terme. Cela fait croître la demande immobilière et rallonge les listes d'attente pour accéder à des unités abordables.

Pour chaque unité de logement abordable mise sur le marché [en Colombie-Britannique], trois sont perdues aux investissements privés... des fiducies de placement immobilier et des investisseurs s'amènent et achètent les propriétés jusque-là destinées aux personnes à faible revenu. Ils les réaménagent ou les rénovent et les retirent carrément du marché abordable. C'est un vrai problème dans le secteur. (Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation, ACSM de Kelowna)

La pandémie a exacerbé la demande et la précarité résidentielles au Canada. Elle a fait croître les besoins en services d'hébergement avec la fermeture des ressources communautaires et le risque accru d'exposition au virus dans la collectivité. À Red Deer, en Alberta, le taux de positivité à la COVID-19 était beaucoup plus élevé chez les personnes en situation d'itinérance. Les filiales de l'ACSM ont donc procédé à une expansion de leurs services aux personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire. L'ACSM de Kelowna a obtenu des fonds de l'initiative fédérale Vers un chez-soi pour étendre ses services de proximité aux personnes sans abri et pour évaluer qui risquait le plus d'être exposé à la COVID-19. Plusieurs filiales, dont l'ACSM de Red Deer, celle de Kelowna et l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex, ont mis sur pied des logements d'urgence pour les personnes vulnérables dans des hôtels ou des motels.

La pandémie a aussi réduit le parc immobilier et la disponibilité des logements locatifs dans les régions rurales du pays. Muskoka, destination vacances populaire en Ontario, a été prise d'assaut par les citoyens fuyant les centres urbains et leurs nombreux cas de COVID-19 pour se réfugier à la campagne l'été venu. La disponibilité des espaces locatifs a fondu comme neige au soleil ne laissant d'autre choix au personnel de la filiale Muskoka-Parry Sound de l'ACSM que de remettre des tentes aux clients à la recherche d'un refuge d'urgence.

La fin de semaine... aucune chambre de motel ou d'hôtel n'était libre à Muskoka. Tout avait été réservé par des gens qui voulaient s'évader de la ville. Nous avons donc travaillé avec nos partenaires des services sociaux pour remettre des tentes, des sacs de couchage, de la nourriture, des vêtements et une carte des sites où camper la fin de semaine en espérant que personne ne soit expulsé... des terres de la Couronne. C'était notre solution d'hébergement d'urgence pour les fins de semaine prolongées. (Diane Brown-Demarco, directrice générale, ACSM de Muskoka-Parry Sound)

Des gens de l'extérieur se sont établis en Nouvelle-Écosse, où il y avait moins de cas de COVID-19. Le phénomène a réduit le parc immobilier et allongé les listes d'attente pour un logement locatif abordable.

Je crois que la pandémie a aussi drainé notre bassin de logements [locatifs]. Avant, la disponibilité faiblissait tranquillement, mais, depuis que la COVID-19 a frappé, le parc immobilier a disparu. On sent vraiment les contrecoups dans nos activités... Plusieurs de nos clients sont en attente. On en est presque au point où nous soutenons plus de personnes en attente d'un logement que de personnes logées. » (Laurel Taylor, principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse)

Besoin de politiques solides et d'investissements gouvernementaux en matière de logement

Les autorités administratives doivent investir et améliorer les politiques en matière de logement de toute urgence.

Je crois qu'il faut doubler les investissements dans le logement au pays. Le problème va continuer d'être de taille. Et si nous n'agissons pas, il y aura des conséquences, soit une détérioration de la santé mentale et une hausse de l'itinérance. La Stratégie nationale sur le logement est un bon point de départ, mais elle est loin de suffire. (Mike Gawliuk, directeur Prestation de services et Innovation, ACSM de Kelowna)

En 1996, le gouvernement du Canada a choisi de transférer la charge du logement social aux provinces, aux territoires et, dans certains cas, aux municipalités. Depuis, on observe un déclin constant des logements sociaux et une hausse importante d'itinérance au pays ⁴². Les décideurs politiques fédéraux devraient reprendre un rôle plus actif dans la création de logements sociaux pour consolider le parc de logements abordables du Canada. Depuis le milieu des années 1990, Ottawa a surtout misé sur des politiques de logement axées sur l'accès à la propriété (en offrant des avantages fiscaux aux propriétaires, par exemple), ce qui avantage les investisseurs privés et comprime le marché locatif. Pendant ce temps, les provinces et territoires n'ont pas assez investi dans le logement social pour répondre à la demande, d'autant plus que les transferts fédéraux ont été coupés. Bien que la Stratégie nationale sur le logement (2017) soit applaudie et promette un regain de leadership fédéral en appui au logement abordable, les experts ont prévenu qu'elle n'aidera pas assez de gens qui n'arrivent pas à payer leur loyer. Puisque le logement concerne les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales, celles-ci devront collaborer pour voir à ce que les membres de la population aient accès à un logis sécuritaire et abordable, quel que soit leur revenu ou leur état de santé mentale. Il est important de s'affranchir du modèle de subventions ponctuelles pour investir de façon durable dans le logement. C'est d'autant plus vrai pour les logements supervisés. Un financement à long terme est indispensable pour soutenir les programmes d'hébergement avec services vu les longues listes d'attente. Les coûts de fonctionnement des logements supervisés sont aussi plus élevés, car du personnel doit être sur place en tout temps ⁴³.

La pandémie a exacerbé les taux d'itinérance et la précarité résidentielle au Canada, rendant indéniable la nécessité d'investir davantage dans le logement ⁴⁴. L'ajout de fonds d'urgence fédéraux au programme Vers un chez-soi est un premier pas pour répondre aux besoins des personnes sans abri ou susceptibles de le devenir ⁴⁵. Après la pandémie, les administrations politiques devront toutefois faire des investissements durables à long terme pour régler les problèmes systémiques dans l'industrie du logement, y compris dans les villes et dans les communautés autochtones, surtout celles des réserves. Tout le monde doit avoir accès à un logis sécuritaire et abordable.

Soutien au revenu et sécurité alimentaire

Le soutien au revenu est un thème dominant aux ACSM pour deux raisons. D'abord, nombre de personnes atteintes de maladies mentales dépendent d'une forme ou d'une autre de soutien du revenu – comme les programmes de soutien aux personnes handicapées – lorsqu'elles sont incapables de travailler. Les ACSM aident donc fréquemment cette population à faire des demandes et à régler des problèmes connexes. Dave Nelson de l'ACSM de la Saskatchewan fait observer ceci : « On estime que 30 à 35 % des 20 000 bénéficiaires [du Programme de revenu assuré pour personnes en situation de handicap en Saskatchewan (SAID)] auraient des problèmes de santé mentale ou de dépendance. » Le soutien du revenu a aussi représenté une plus grande part du travail durant la pandémie, puisque la COVID-19 a affecté les personnes en situation de handicap de façon disproportionnée. Les ACSM qui proposent des services d'orientation et de représentation des personnes atteintes de troubles de santé mentale rapportent une augmentation du volume d'appels concernant le soutien du revenu.

Celle-ci a été associée à la montée du chômage au début de la crise ainsi qu'aux critères d'admissibilité à la Prestation canadienne d'urgence (PCU), qui a eu des effets négatifs sur l'admissibilité au soutien du revenu provincial pour les personnes en situation de handicap.

Même avant la pandémie, le soutien provincial ou territorial aux personnes ayant un handicap était insuffisant. Laurel Taylor (principale responsable provinciale – projet H.O.P.E., ACSM de la Nouvelle-Écosse) s'exprime sur le sujet :

En Nouvelle-Écosse, une personne incapable de travailler pour des raisons de santé mentale ne recevra qu'un maigre 950 \$ par mois. Comment voulez-vous aller mieux quand presque tout va au paiement du loyer et qu'il ne reste plus d'argent pour l'épicerie, les activités sociales et tout le reste?

Plusieurs ACSM signalent des retenues et des coupes généralisées dans le soutien de leur province au cours des dernières années.

Certaines personnes [en Alberta] reçoivent moins de 900 \$ par mois. Comme le loyer moyen s'élève à environ 800 \$ par mois, je ne sais pas trop... où la province croit que ces gens vont vivre et comment elles vont payer leurs comptes. (Participant 5, ACSM de la région d'Edmonton)

Vu le nombre élevé d'appels au sujet du programme SAID, l'ACSM et la Disability Support Coalition de la Saskatchewan ont mené une étude en partenariat avec l'Université de Regina et le Community Engagement and Research Centre pour évaluer les conséquences des coupes dans le soutien aux personnes en situation de handicap. Elles réclament maintenant du gouvernement qu'il bonifie le soutien du revenu chez cette population ⁴⁶.

Comme mentionné, le volume d'appels aux filiales, aux régions et aux divisions de l'ACSM a connu une forte croissance depuis le début de la pandémie. En avril 2021, l'ACSM de la région d'Edmonton a reçu 2 870 appels au sujet du soutien au revenu et des besoins d'emploi, comparativement à 1 211 un an auparavant. Bien que la PCU ait assurément aidé beaucoup de gens ayant perdu leur emploi, de nombreuses ACSM ont vu qu'elle interférait avec l'admissibilité à d'autres mesures d'aide financière. Incertains de leur admissibilité à la PCU dans les premiers temps, les clients qui recevaient des prestations d'invalidité de longue durée ont vécu « plus de stress parce qu'ils ne... voulaient pas faire une demande et ensuite être pénalisés à la période des déclarations de revenus ou perdre des avantages à long terme » (participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.). En Saskatchewan, l'ACSM a découvert que des bénéficiaires de la PCU qui recevaient aussi un soutien provincial ont dû rembourser la prestation, ont perdu leur aide au revenu et, dans certains cas, ont perdu leur logement.

Selon Dave Nelson (conseiller principal, ACSM de la Saskatchewan), le soutien du revenu « doit être

prioritaire. Quand on a un revenu décent, on n'a plus à s'inquiéter autant d'autres choses par exemple de se loger. La pauvreté fait obstacle au rétablissement. »

La sécurité alimentaire est un autre besoin de base qui a causé bien des maux de tête tout au long de la pandémie. Les ACSM rapportent une demande accrue d'aide alimentaire ⁴⁷. En début de pandémie, de nombreux centres d'accueil, carrefours communautaires et programmes des ACSM, comme les centres de bien-être (qui offrent des repas, des vêtements et d'autres produits essentiels), ont fermé, et les réserves des banques alimentaires se sont épuisées. Le transport vers les services encore ouverts faisait aussi obstacle, les gens étant nombreux à éviter les transports en commun par peur de contracter le virus. D'autres communautés ont noté une hausse de la facture d'épicerie et du coût de la vie en général.

Les ACSM ont réagi en élargissant leurs programmes et en en créant de nouveaux pour lutter contre l'insécurité alimentaire dans leurs communautés.

Nous avons vite réalisé que la sécurité alimentaire était un enjeu de taille parce que les services sur lesquels comptaient nos clients ont fermé leurs portes sans crier gare. Même la banque alimentaire a temporairement interrompu ses activités. Nous avons donc ajouté à nos services un programme de boîtes d'aliments. Nous en avions déjà un à petite échelle, mais nous l'avons considérablement élargi pour répondre aux besoins essentiels de la clientèle. (Michael Anhorn, chef de la direction, ACSM de Toronto)

D'autres ont revu leur modèle de services. Ce fut le cas de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex, qui offrait des repas aux clients de ses différents services à plusieurs points d'intervention.

Les gens ne pouvaient pas venir prendre un repas, mais nous avons su nous adapter et changer nos façons de faire pour préparer les repas et en fournir davantage aux points d'intervention. En région rurale, les livreurs frappaient à la porte pour prendre des nouvelles. (Chris Babcock, directrice Qualité, Rendement et Risques, de l'ancienne ACSM d'Elgin-Middlesex)

L'ACSM de Muskoka-Parry Sound a utilisé les fonds d'intervention d'urgence reçus des partenaires communautaires pour donner des cartes d'épicerie de 25 \$ aux clients. Sa directrice générale, Diane Brown-Demarco, indique que la filiale « a travaillé très fort avec les services sociaux pour fournir le nécessaire à la population, notamment de la nourriture, des vêtements, des couvertures et des fournitures de réduction des méfaits. Tout le monde faisait preuve d'ingéniosité pour répondre aux besoins de la communauté. »



Conclusion

Les prestataires de services communautaires nous avertissent qu'un tsunami de problèmes de santé mentale est à nos portes. La pandémie a exposé et accentué les failles de notre système. Le gouvernement fédéral a le devoir et la capacité d'intégrer une fois pour toutes la santé mentale au système de santé public universel, ainsi que les ressources pour y arriver.

*Il est temps que les soins de santé mentale fassent partie de nos régimes de soins universels [...] personne ne devrait dépendre du bon vouloir du secteur privé ou public ni payer de sa poche.
(Participant 6, ACSM de l'Î.-P.-É.)*

Le constat encourageant de cette étude est que nous savons ce qu'il faut faire pour remettre notre système sur pied. Voici les recommandations de l'ACSM :

- Accroître le financement octroyé aux services et soutiens communautaires essentiels de santé mentale et de dépendance, et renforcer leurs capacités.
- Accroître le soutien aux programmes et aux stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales et des dépendances.
- Financer publiquement les services communautaires de soutien psychologique et de psychothérapie.
- Accroître les investissements dans le logement, le soutien au revenu et la sécurité alimentaire.

La mise en œuvre de ces recommandations nécessitera un leadership audacieux, une volonté politique ainsi que la collaboration des administrations et des partis. On a répertorié des moyens concrets d'apporter ces changements. La création de nouveaux mandats ministériels fédéraux axés sur la santé mentale, les dépendances et le logement, la proposition d'un transfert en santé mentale au Canada, et la création d'une norme nationale de services en santé mentale en sont des exemples.

Ces options doivent s'appuyer sur de robustes mécanismes de responsabilisation, un financement ciblé durable, la réconciliation, les principes en matière de droits de la personne et une perspective critique multidimensionnelle, le tout en vue d'obtenir un changement pérenne.

Le présent rapport reconnaît le rôle vital des organismes communautaires dans la prestation d'aide et de services essentiels en santé mentale au Canada. Il est grand temps de mieux financer, soutenir et intégrer nos services dans le système de santé.

Notre solide argumentaire repose sur des données probantes. Il a été inspiré par et pour les fournisseurs de services communautaires en santé mentale aux premières loges de la pandémie de COVID-19. Si nous tardons à agir, la santé et le bien-être de la population continueront de se détériorer, et ceux des générations futures seront compromis. Avec les bons investissements et une étroite collaboration entre les gouvernements, nous pouvons encore éviter le tsunami.

Références

1. L'ACSM a mené une enquête par sondage en partenariat avec l'Université de la Colombie-Britannique. Les quatre tours de l'enquête ont révélé que la santé mentale des Canadiennes et Canadiens s'est détériorée tout au long de la pandémie. Près de la moitié (46 %) des personnes au Canada ont déclaré ressentir du stress ou de l'inquiétude face à l'incertitude prolongée causée à la pandémie. Lors du dernier tour de l'enquête (fin 2021), 60 % ont dit ressentir du stress ou de l'inquiétude face à l'émergence de nouveaux variants.
2. Ce projet de recherche a été conçu, mené et rédigé par Leyna Lowe, Ph. D., analyste nationale de la recherche et des politiques de l'ACSM.
3. Cette enquête par sondage de l'ACSM et UBC sur la santé mentale de la population canadienne est basé sur l'auto-déclaration des individus et ceux qui ont indiqué vivre des difficultés liées à leur santé mentale ne font pas nécessairement partie de ceux qui ont reçu un diagnostic clinique.
4. Statistique Canada, Répercussions sur les peuples autochtones, 2020.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s7-fra.htm>.
5. Grad, Yonatan. August 11, 2011. "News: What will it be like when COVID-19 becomes endemic" Harvard T.Chan. School of Public Health, USA. <https://www.hsph.harvard.edu/news/features/what-will-it-be-like-when-covid-19-becomes-endemic/>.
6. Anderssen, Erin. October 8, 2021. "'Long COVID' is painful, expensive and so far, impossible to cure." The Globe and Mail, Canada. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-long-covid-is-painful-expensive-and-so-far-impossible-to-cure/>.
7. Diana Frasilho, Margarida Gaspar Matos, Ferdinand Salonna, Diogo Guerreiro, Cláudia C. Storti, Tânia Gaspar et José M. Caldas-de-Almeida, « Mental Health Outcomes in Times of Economic Recession: A Systematic Literature Review », BMC Public Health, vol. 16, no 115 (2015); Nikunj Makwana, « Disaster and its Impact on Mental Health: A Narrative Review », Journal of Family Medicine and Primary Care, vol. 8, no 10 (2019) : p. 3090-3095.
8. Philippa Roxby, « Psychiatrists Fear 'Tsunami' of Mental Illness after Lockdown », BBC, 16 mai 2020. <https://www.bbc.com/news/health-52676981>; Association médicale de l'Ontario. Responding to a Mental Health and Addiction Tsunami, mai 2021.
<https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/public/background-responding-to-a-mental-health-and-addiction-tsunami.pdf>.
9. Gouvernement du Canada. Santé publique Canada. 14 octobre 2021. "Orientation sur les services et les fonctions essentiels au Canada pendant la pandémie de la COVID-19".
<https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/ntnl-scr/crtcl-nfrstrctr/esf-sfe-fr.aspx>.
10. Daley, Jason. January 30, 2019. "Syndemic: The Little-Known Buzzword That Describes Our Troubled Times." Smithsonian Magazine, USA. <https://www.smithsonianmag.com/smart-news/syndemic-little-known-buzzword-describes-our-troubled-times-180971381/>.
11. ACSM Elgin-Middlesex. "19/20 Annual Report. https://cmhamiddlesex.ca/wp-content/uploads/2020/09/CMHA_AR_Elgin-Middlesex-2020-digital-final.pdf.
12. Tyler Frederick, Lesley A. Tarasoff, Jijian Voronka, Lucy Costa et Sean Kidd, « The problem with "Community" in the Mental Health Field », Canadian Journal of Community Mental Health, vol. 36, no 4 (2017) : p. 4.
13. Clarence M. Hincks, « The Canadian National Committee for Mental Hygiene », Association médicale canadienne, vol. 17, no 1 (1927) : p. 97-98,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC406884/pdf/canmedaj00222-0113.pdf>.

14. Le gouvernement du Canada est aussi un fournisseur de services de soins de santé à des groupes cibles, dont les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, les Inuits, les anciens combattants, les membres des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les demandeurs d'asile admissibles. « Le système des soins de santé du Canada », gouvernement du Canada, 17 septembre 2019, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.
15. Gouvernement du Canada. 19 août 2011. "Loi canadienne sur la santé - Foire aux questions" <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien>
16. White-Crummey, Arthur. March 19, 2019. "Mental health advocates hopeful but wary that budget will fill big gaps." Regina Leader-Post, Canada. <https://leaderpost.com/news/saskatchewan/mental-health-advocates-hopeful-but-wary-that-budget-will-fill-big-gaps>; <https://globalnews.ca/news/8064265/nova-scotia-election-mental-health-services/>.
17. Flood, Colleen and Bryan Thomas. 2016. "Modernizing the Canada Health Act." Dalhousie Law Journal 397, 39-2, 2016 CanLIIDocs 4119, <https://canlii.ca/t/sk11>
18. Institut canadien d'information sur la santé, Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendance : Survol de la collecte et de la déclaration de données au Canada, Ottawa (Ontario) : 2017, https://secure.cihi.ca/free_products/CIHI-comm-mental-health-fr-web.pdf.
19. Les seuls programmes à honoraires offerts par l'ACSM sont destinés aux entreprises, et incluent des programmes comme Ça va pas aujourd'hui, de la formation sur le lieu de travail et la certification Peer Support.
20. Institut canadien d'information sur la santé, Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendance : Survol de la collecte et de la déclaration de données au Canada, Ottawa (Ontario) : ICIS, 2017.
21. Un énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé, 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/principes-priorites-partagees-sante.html>
22. Institut canadien d'information sur la santé, Priorités partagées en santé, <https://www.cihi.ca/fr/priorites-partagees-en-sante>.
23. ACSM Ontario. 2021. "Investments in community mental health and addictions needed now more than ever." <https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2021/02/CMHA-Ontario-2021-22-prebudget-submission-FINAL.pdf>.
24. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2020. "Impacts of the COVID-19 Pandemic on People Who Use Substances: What we Heard." <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-COVID-19-Impacts-on-People-Who-Use-Substances-Report-2020-en.pdf>.
25. Pour en savoir plus, consulter « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada », gouvernement du Canada, septembre 2021, <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>.
26. Peer Support Canada. <https://peersupportcanada.ca/>
27. ACSM Oxford County. 15 août 2018. "Peer Support." <https://cmhaoxford.on.ca/programs-services/peer-support>
28. American Psychological Association, <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry-menu#:~:text=Psychiatry%20is%20the%20branch%20of,health%2C%20including%20substance%20use%20disorders>.

29. ACSM de Toronto, <https://toronto.cmha.ca/programs-services/assertive-community-treatment-act-teams/>.
30. Voir les services de gestion de cas fournis par les ACSM d'Ottawa (<https://ottawa.cmha.ca/fr/programs-services/services-communautaires/>), de Toronto (<https://toronto.cmha.ca/programs-services/case-management/>) et du comté de Simcoe (<https://cmhastarttalking.ca/adult-services/case-management/#.YY02k2DMKUK>).
31. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-half-of-canadians-have-too-few-local-psychiatrists-or-none-at-all/>.
32. Paul Kurdyak, Thérèse A. Stukel, David Goldbloom, Alexander Kopp, Brandon M. Zagorski et Benoit H. Mulsant, « Universal coverage without universal access: a study of psychiatrist supply and practice patterns in Ontario », *Open Medicine*, vol. 8, no 3 (2014) : p. 87-99.
33. Gouvernement du Canada, « Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19 », 8 septembre 2021, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00031-fra.htm>; <https://www.cbc.ca/news/canada/Montréal/black-men-mental-health-pandemic-police-brutality-1.5893763>; <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-covid-19-data-1.5669091>.
34. ACSM National, Cohésion, collaboration, collectivité : faire progresser la promotion de la santé mentale au Canada, 2019, <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/MHP-Full-Paper-FINAL-FR.pdf>.
35. Organisation mondiale de la Santé, *Prevention and Promotion in Mental Health*, 2002, consulté le 11 novembre 2021 à l'adresse https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf.
36. Margaret M. Barry, Aleisha M. Clarke et Inge Petersen, *Priorities for Implementing the Promotion of Mental Health and Primary Prevention of Mental Disorders: Technical Evidence Paper Réunion interpayes de l'OMS sur la mise en œuvre d'un plan d'action global en santé mentale dans la région de la Méditerranée orientale*, 2014. https://www.researchgate.net/publication/267776777_Priorities_for_implementing_the_promotion_of_mental_health_and_primary_prevention_of_mental_disorders_Technical_Report_prepared_for_the_Inter-Country_Meeting_on_Implementation_of_Global_Mental_Health.
37. Organisation mondiale de la Santé, *Prevention and Promotion in Mental Health*, 2022, consulté le 11 novembre 2021 à l'adresse https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf.
38. ACSM National. Septembre 2018. "L'équité pour la santé mentale : Mettre fin à la disparité en santé au Canada." <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>
39. Canadian Institute for Health Information. May 2021. "Common Challenges, Shared Priorities: Measuring Access to Home and Community Care and to Mental Health and Substance Use Services in Canada." <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/common-challenges-shared-priorities-vol-3-report-fr.pdf>
40. Organisation mondiale de la Santé, *Prevention and Promotion in Mental Health*, 2022, consulté le 11 novembre 2021 à l'adresse https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf.
41. Au moment de la rédaction, le programme ontarien de psychothérapie structurée en était encore à la phase pilote et n'était donc offert que dans quatre régions. Société canadienne d'hypothèques et de logement, « À propos du logement abordable au Canada»,
42. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionals/industry-innovation-and-leadership/industry-expertise/affordable-housing/about-affordable-housing/affordable-housing-in-canada>.

43. David J. Hulchanski, « What Factors Shape Canadian Housing Policy?: The Intergovernmental Role in Canada's Housing System », 2003.
44. Ibid.
45. Young, Margot. September 6, 2019. "Policy Brief: National Housing Strategy." Broadbent Institute. https://www.broadbentinstitute.ca/margotyoung/policy_brief_national_housing_strategy.
46. Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la réglementation hypothécaire et les incitations fiscales à l'achat de propriétés. Les provinces et territoires financent des logements hors marché et aident les locataires au moyen de crédits d'impôt et de politiques de contrôle des loyers. Quant aux municipalités, elles créent et appliquent les règlements visant l'aménagement du territoire et le zonage.
47. ACSM National, « Le 3ème tour de l'enquête nationale montre que la pandémie a des effets néfastes sur les émotions », 3 mai 2021, <https://cmha.ca/fr/brochure/le-3eme-tour-de-lenquete-nationale-montre-que-la-pandemie-a-des-effets-nefastes-sur-les-emotions/>.
48. Le rapport est accessible ici : <http://www.saskdisc.ca/wp-content/uploads//DISC-Report-2020-1.pdf>.