



Réponse du Canada à la pandémie de COVID-19
Mémoire au
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie
Le 3 juin 2020

Introduction

La pandémie de COVID-19 a obligé les gouvernements à mettre en œuvre diverses mesures de santé publique pour faire face aux risques que ce virus représente pour la population générale et contrôler sa propagation. Ces mesures ont entraîné une détresse mentale au sein de la population générale (notamment de l'anxiété liée à la maladie, de l'isolement social, des pertes d'emploi et des perturbations du mode de vie) et chez les travailleurs essentiels (causée par le risque d'exposition à la maladie et la charge de travail accrue, entre autres).

Ces mesures de santé publique ont également exacerbé, pour les personnes atteintes de maladies mentales, les inégalités structurelles qui existent depuis longtemps dans le système de soins de santé. Malgré les engagements récents, les soins de santé mentale au Canada ont été systématiquement sous-financés pendant des décennies, alors que la maladie mentale continue de coûter plus de 50 milliards de dollars à l'économie canadienne chaque année (Lim, 2008).

Au Canada, 7,5 millions de personnes sont aux prises avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2017); ce nombre est deux fois supérieur au nombre de personnes atteintes de maladies cardiaques ou de diabète de type 2 dans tous les groupes d'âge (Smetanin, 2011). Chaque jour, 11 Canadiens en moyenne meurent par suicide; il s'agit de la neuvième cause de décès au Canada et de la deuxième cause de décès chez les 15 à 24 ans (Commission de la santé mentale du Canada, 2018). Plus de 80 % des personnes qui se suicident vivaient avec une maladie mentale ou étaient toxicomanes (Commission de la santé mentale du Canada, 2018). Les jeunes adultes sont ceux qui affichent le taux le plus élevé de maladie mentale (Smetanin, 2011) et l'apparition précoce d'une maladie mentale ne fait qu'augmenter le fardeau de l'invalidité tout au long de la vie.

Pendant la pandémie de COVID-19, des problèmes de longue date, comme la pénurie de lits, la rareté du soutien communautaire ou l'absence d'un tel soutien et le fait que certaines personnes vivent dans des conditions instables ou encore dans des lieux trop peuplés ou inadéquats, ont touché de manière disproportionnée les Canadiens les plus vulnérables, notamment ceux qui souffrent de graves déficiences physiques, mentales, intellectuelles, cognitives ou sensorielles. D'autres groupes vulnérables, notamment les Autochtones, les détenus et les personnes suivies en psychiatrie médico-légale, ainsi que les femmes et les enfants vivant dans des situations de violence, ont également été placés dans des situations difficiles.

Ces personnes sont encore plus vulnérables pendant la pandémie, car elles ont de la difficulté à obtenir les ressources physiques, psychologiques, sociales ou financières nécessaires pour réagir de manière appropriée aux facteurs de stress supplémentaires, et elles n'ont pas un accès approprié ou uniforme aux mesures de soutien et aux services nécessaires. En outre, les diagnostics concurrents, notamment la toxicomanie et les problèmes de santé physique, amplifient probablement leur vulnérabilité.

L'APC recommande quatre priorités pour le Canada en ce qui concerne les besoins non satisfaits en matière de santé mentale.

- 1. Mettre en œuvre des approches fondées sur des données probantes, comme le programme Logement d'abord, pour que les gens pris en charge par les services de crise et les établissements puissent faire la transition à des options de logement dans**

la collectivité qui sont appropriées, souples, disponibles, abordables et adaptées aux besoins des personnes.

Plus de 500 000 Canadiens atteints d'une maladie mentale sont mal logés, et parmi eux, pas moins de 119 000 sont sans abri. La pandémie a mis en évidence les problèmes de logement inapproprié ou inadéquat des Canadiens vulnérables, en particulier les personnes âgées, celles ayant une maladie mentale et celles qui vivent en communauté ou en établissement, comme les détenus, les utilisateurs de services de santé mentale médico-légaux et les personnes atteintes de handicaps psychosociaux.

Il convient d'étudier la possibilité d'instaurer un revenu de base universel pour remplacer un ensemble disparate de programmes de logement gouvernementaux existants.

2. Offrir des lits de soins psychiatriques aigus dotés de ressources plus appropriées.

À l'extérieur du Québec et du Nunavut, il y a 7 242 lits désignés pour la santé mentale, mais on estime à 8 302 le nombre de lits occupés quotidiennement par des personnes nécessitant des soins de santé mentale (Institut canadien d'information sur la santé, 2019). Les séjours prolongés des personnes qui n'ont plus besoin des services ou des ressources offerts en milieu hospitalier, mais qui ne peuvent pas être libérées, entravent encore plus l'accès aux ressources hospitalières. Les mesures de prévention et de traitement des infections liées à la COVID-19 ont encore restreint l'accès aux lits, mais les besoins n'ont pas changé.

3. Mettre en œuvre des programmes communautaires et des services de soutien, comme le suivi intensif dans la communauté et la gestion intensive des cas, pour les personnes atteintes de maladie mentale afin de les aider à réussir leur transition des soins en milieu hospitalier, des établissements ou de l'itinérance à la communauté (Institute of Health Economics, 2014).

Les services communautaires destinés aux personnes atteintes de handicaps psychosociaux étaient déjà surchargés avant la pandémie, et beaucoup ont été fermés ou fortement restreints en raison de la COVID-19, même si les besoins à cet égard demeurent inchangés.

4. Mener des recherches sur l'efficacité des soins virtuels comme mode d'intervention pour les personnes atteintes de handicaps psychosociaux. Pour optimiser les résultats, il convient de prêter attention aux aspects pratiques liés à la prestation de soins virtuels.

Les soins virtuels ne sont possibles que pour ceux qui ont les moyens de s'offrir un téléphone et une connexion Internet ou qui peuvent avoir accès à ces modes de communication. De nombreuses régions du Canada ne disposent pas d'un accès fiable à Internet haute vitesse et les personnes sans abri ou à faible revenu n'ont souvent pas le téléphone ou doivent compter sur les espaces publics pour Internet, mais ceux-ci sont pour le moment fermés en raison de la COVID-19. En outre, la base de données probantes relative à l'efficacité des soins virtuels n'est pas entièrement établie pour les personnes atteintes de troubles psychosociaux. Pour optimiser les résultats, il convient de prêter attention aux aspects pratiques liés à la prestation de soins virtuels ainsi qu'aux recherches sur l'efficacité de ce mode d'intervention.

Conclusion

Si la pandémie de COVID-19 a donné lieu à de nouvelles initiatives de soutien en matière de santé mentale et à une sensibilisation accrue du public aux répercussions de la détresse psychosociale sur les problèmes de santé mentale, elle a également mis en évidence les lacunes de notre système de soins de santé mentale et souligné les situations précaires dans lesquelles se trouvent les Canadiens défavorisés dans notre société. L'APC exhorte le gouvernement à agir immédiatement pour remédier à ces problèmes.

À propos de l'APC

L'Association des psychiatres du Canada (APC) est la porte-parole nationale des 4 800 psychiatres et des 900 résidents en psychiatrie du Canada. Elle est la principale autorité en matière de psychiatrie au Canada.

Les psychiatres sont des médecins qui fournissent une évaluation psychiatrique, un traitement et des soins de réadaptation aux personnes atteintes de troubles psychiatriques afin de prévenir, de réduire et d'éliminer les symptômes et les incapacités ultérieures résultant de la maladie mentale ou des troubles mentaux. Les psychiatres fournissent des soins directs aux patients et agissent souvent comme consultants auprès d'autres professionnels de la santé, notamment les médecins de famille. Ils travaillent dans divers cadres, notamment dans des hôpitaux psychiatriques et généraux, des cabinets privés, des services de recherche, des centres de santé communautaire, des organismes sociaux ou au sein du gouvernement. Les psychiatres utilisent une combinaison de traitements, y compris les médicaments et la psychothérapie, en fonction de l'état psychiatrique. Souvent, une partie du traitement ou du plan de réadaptation comprendra l'orientation vers une gamme de services sociaux et de soutien ou la collaboration avec ceux-ci.

Comme la psychiatrie est un domaine qui s'appuie sur des données probantes, l'APC fournit des conseils sur les programmes, les services et les politiques les plus efficaces afin d'offrir les meilleurs soins de santé mentale possible aux Canadiens et elle cherche à travailler en collaboration avec les gouvernements et les parties prenantes pour trouver des solutions.

Fondée en 1951, l'APC se consacre à la promotion d'un environnement qui favorise l'excellence dans la prestation de soins cliniques, l'éducation et la recherche. Pour plus de renseignements, consultez le cpa-apc.org.

Références

1. Lim K., P. Jacobs, A. Ohinmaa, et coll. « Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 2008, vol. 28, n° 3, p. 103 à 110.
2. Commission de la santé mentale du Canada. *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*, Ottawa (Ontario), 2017.
3. Smetanin P., D. Stiff, C. Briante, et coll. *The life and economic impact of major mental illness in Canada (2011 à 2014)*. Rédigé par RiskAnalytica pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada, 2011.
4. Commission de la santé mentale du Canada. *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs*, Ottawa (Ontario), 2018.
5. Trainor J., P. Taillon et N. Pandalangat. *Turning the Key (Le logement : la clé du rétablissement) – Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale*, Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada, 2011.
6. Goering P., S. Veldhuizen, A. Watson, et coll. *Rapport final du projet pancanadien Chez Soi*, Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada, 2014.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *Ressources des systèmes de santé pour les soins en santé mentale et en toxicomanie au Canada*, juillet 2019, Ottawa (Ontario), 2019.
8. Institute of Health Economics. *Consensus statement on improving mental health transitions*, Edmonton (Alberta), 2014.