Canadian Psychiatric Association
Association des psychiatres du Canada

Association des psychiatres du Canada Mémoire prébudgétaire pour 2024

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU MINISTÈRE DES FINANCES CANADA

LE 9 FÉVRIER 2024

Résumé des recommandations

Que le gouvernement fédéral :

1. Collabore avec les provinces, les territoires, les groupes autochtones et les organisations représentant les professionnels de la santé afin de créer et de mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de ressources humaines du domaine de la santé qui permet de cerner plus facilement les déficits de main-d'œuvre en santé et les mesures à prendre pour y remédier, et qui favorise la collaboration dans la prestation des soins de santé mentale.

2. Investisse des ressources supplémentaires pour soutenir la recherche en santé mentale à un niveau reflétant le fardeau occasionné par la maladie mentale.

3. Travaille avec les provinces, les territoires et les groupes autochtones pour créer et mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de prévention du suicide assortie d'un plan d'action itératif qui comporte des priorités précises accompagnées de résultats mesurables et d'une évaluation continue; définisse et préconise des interventions cliniques individuelles et communautaires efficaces et fondées sur des données probantes; se concentre sur les populations cibles qui sont surreprésentées en ce qui concerne le taux de suicide au Canada.

4. Améliore les services psychiatriques offerts aux personnes atteintes de maladie mentale dans les centres de détention et les prisons et mette en place des ressources et des services pour fournir des traitements de santé mentale adéquats, suffisants et non axés sur des impératifs médico-judiciaires ou correctionnels, de façon à prévenir la criminalisation des personnes atteintes de maladie mentale.

5. En partenariat avec les provinces et les territoires, accroisse ses investissements dans des approches fondées sur des données probantes, comme l'approche Logement d'abord, pour faciliter la transition des personnes recevant des services de crise et en établissement vers des options de logement communautaire adéquates, flexibles, disponibles, abordables et adaptées aux besoins de chacun.

6. En partenariat avec les provinces et les territoires, investisse dans des services de soutien et des programmes communautaires, comme le suivi intensif dans le milieu ou la gestion des cas graves, afin d'aider les personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont en situation d'itinérance ou qui reçoivent des soins en milieu hospitalier ou en établissement à réussir leur transition vers la vie dans la communauté.

Introduction

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave présentent un risque élevé de pauvreté, d'itinérance et de chômage. Malgré la prévalence généralisée des troubles de santé mentale, on estime que moins du tiers des personnes touchées cherchent à se faire soigner. Cela s'explique en grande partie par la stigmatisation associée à la maladie mentale, qui peut mener à de la discrimination au travail et dans le système de santé.

Compte tenu de l'impact des maladies mentales sur l'économie, sur les services sociaux et d'urgence, ainsi que sur le système de justice pénale, le Canada a un urgent besoin de leadership et d'investissements accrus et ciblés dans les services de santé mentale et de soutien.

Recommandation 1 : Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces, les territoires, les groupes autochtones et les organisations représentant les professionnels de la santé afin de créer et de mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de ressources humaines du domaine de la santé qui permet de cerner plus facilement les déficits de main-d'œuvre en santé et les mesures à prendre pour y remédier, et qui favorise la collaboration dans la prestation des soins de santé mentale.

Les soins axés sur la collaboration offrent beaucoup d'espoir pour améliorer l'accès aux soins (en particulier pour les populations marginalisées et mal desservies), pour intégrer les soins de santé physique et les soins de santé mentale, ainsi que pour faciliter les transitions dans le continuum de soins (Kates, 2023). Pour réaliser ce potentiel, il faut adopter une stratégie pancanadienne de données sur les ressources humaines en santé afin d'améliorer la collecte, la consultation, le partage et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre en santé. Il faut aussi élaborer une stratégie nationale visant à promouvoir et à mettre sur pied des équipes de soins de santé efficaces dans l'ensemble du Canada.

Recommandation 2 : Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires pour soutenir la recherche en santé mentale à un niveau reflétant le fardeau occasionné par la maladie mentale.

Bon an, mal an, un Canadien sur cinq est confronté à un problème ou à un trouble de santé mentale (CSMC, 2013), et la « meilleure estimation du total des coûts directs publics et privés des soins et du soutien en santé mentale liés à des affections autres que la démence en 2015 frisait les 23,8 milliards de dollars (51,4 milliards de dollars lorsque les soins liés à la démence sont inclus) » (CSMC, 2017). En 2011, le coût économique pour le Canada équivalait à 2,8 % du produit intérieur brut, et on estime que le coût total s'élèvera à plus de
2 500 milliards de dollars d'ici 2041 (CSMC, 2013).

Pourtant, comparé au coût des troubles mentaux et cérébraux, le financement de la recherche en santé mentale accuse un déficit par rapport à d'autres domaines de recherche au niveau international (Wykes, 2015).

En 2018-2019, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), principaux bailleurs de fonds de la recherche en santé au Canada, ont alloué environ 9 % de leur financement à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie (McGrath, 2020), alors que la santé mentale et la douleur représentent 24 % du fardeau pour la santé (Vigo, 2019).

Pour garantir que les investissements dans la recherche en santé mentale génèrent des retombées de façon continue, « la recherche doit être financée à tous les niveaux (des systèmes aux facteurs touchant les patients) qui limitent l'utilisation et l'efficacité des interventions, y compris pour des stratégies de prévention ou d'intervention précoce et pour des thérapies destinées aux personnes déjà malades » (Lewis-Fernandez, 2016).

Parmi les priorités de recherche, mentionnons notamment le traitement et la prévention de la toxicomanie (par exemple, une campagne nationale de sensibilisation similaire à celle portant sur le tabac), la prévention du suicide,

les personnes détenues dans le système correctionnel ainsi que l'efficacité des soins virtuels pour les personnes souffrant de maladies mentales graves. Une attention particulière devrait être accordée aux aspects pratiques des soins virtuels (infrastructure numérique, compétences en littératie numérique, accès à un téléphone, protection de la vie privée, etc.).

Recommandation 3 : Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces, les territoires et les groupes autochtones pour créer et mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de prévention du suicide assortie d'un plan d'action itératif qui comporte des priorités précises accompagnées de résultats mesurables et d'une évaluation continue; définisse préconise des interventions cliniques individuelles et communautaires efficaces et fondées sur des données probantes; se concentre sur les populations cibles qui sont surreprésentées en ce qui concerne le taux de suicide au Canada.

Une étude récente a révélé que les hommes et les femmes canadiens affichaient en 2019 le sixième taux de suicide le plus élevé des 33 pays d'Amérique du Nord, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud (Lange, 2023).

La création en 2016 du cadre fédéral de prévention du suicide a montré la volonté du gouvernement fédéral de s'attaquer au taux élevé de suicide au Canada. Toutefois, un rapport d'un comité sénatorial a révélé que les taux de suicide au Canada n'ont pas diminué depuis sa création. On y proposait des changements pour renforcer son efficacité, en citant de nombreux éléments de la recommandation de l'APC mentionnée ci-dessus (Sénat, 2023). Bien que l'APC soutienne la mise à jour du cadre pour le rendre plus efficace et soit encouragée par l'annonce selon laquelle le gouvernement est en train d'élaborer un plan d'action national de prévention du suicide, elle estime que le gouvernement peut aller plus loin en travaillant à la création et à la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de prévention du suicide, en s'appuyant sur l'expérience internationale et celle des municipalités, régions et provinces canadiennes qui ont élaboré leurs propres stratégies en l'absence d'une stratégie pancanadienne (p. ex. la stratégie du Québec, *S'entraider pour la vie*, la stratégie de prévention du suicide du Nunavut et une stratégie de prévention du suicide destinée aux Inuits). Le Canada est le seul pays du G8 à ne pas avoir de stratégie nationale de prévention du suicide (Olsen, 2016).

Quelle que soit la voie suivie, que ce soit un cadre actualisé assorti d'un plan d'action ou une stratégie pancanadienne, certains éléments doivent être pris en compte.

Des priorités précises, assorties de résultats mesurables, doivent être définies et évaluées de manière continue. Comme le souligne le rapport du Sénat, les taux de suicide sont disproportionnés chez les Premières nations, les Métis et les Inuits, les garçons et les hommes, les communautés racisées et les personnes souffrant de maladie mentale, ce qui nécessite un effort ciblé. En outre, des recherches récentes ont identifié huit facteurs populationnels qui influencent les taux de suicide, précisant que ces facteurs ont une incidence différente sur les hommes et les femmes, ce qui souligne l'importance de prendre en compte les différences entre les sexes (Lange, 2023).

Par l'intermédiaire des IRSC et de Statistique Canada, le gouvernement dispose des outils nécessaires pour favoriser la collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres organisations afin d'améliorer la collecte et l'analyse des données nationales sur le suicide et la prévention du suicide. Il est essentiel de disposer d'une base de données nationale sur les indicateurs critiques du suicide, de programmes et de recherches efficaces en matière de prévention du suicide, ainsi que des facteurs qui contribuent au suicide et ceux qui en sont la cause.

Étant donné le nombre limité d'interventions fondées sur des données probantes relatives au suicide, il est essentiel d'adopter une approche de la recherche sur la prévention du suicide qui soit concertée. Par l'intermédiaire des IRSC, le gouvernement peut élaborer un programme de recherche pour soutenir de nouvelles interventions et approches conformes aux priorités définies, notamment en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie et de dépendance. Il faut élaborer des politiques et des lignes directrices nationales sur la limitation des moyens, lorsqu'il existe des preuves solides.

L'APC reconnaît les défis liés aux sphères de compétence que présente une stratégie pancanadienne de prévention du suicide et exhorte le gouvernement fédéral à donner l'exemple. Comme l'a reconnu Carolyn Bennett, ancienne

ministre de la Santé mentale et des Dépendances, certains des pires résultats se retrouvent parmi les populations dont le gouvernement fédéral est directement responsable : les Premières nations, les Inuits, les Métis, les militaires, les membres de la GRC et les personnes détenues dans le système correctionnel. Lorsque le gouvernement élaborera des politiques et des programmes de prévention du suicide pour ces populations, ceux-ci devront intégrer des résultats mesurables et évalués de manière itérative.

Recommandation 4 : Que le gouvernement fédéral améliore les services psychiatriques offerts aux personnes atteintes de maladie mentale dans les centres de détention et les prisons et mette en place des ressources et des services pour fournir des traitements de santé mentale adéquats, suffisants et non axés sur des impératifs médico-judiciaires ou correctionnels, de façon à prévenir la criminalisation des personnes atteintes de maladie mentale.

De nombreuses personnes atteintes de maladies mentales graves sont incarcérées, en partie à cause du manque de ressources communautaires adéquates pour les traiter, ce qui fait que les établissements pénitentiaires deviennent *de facto* des établissements psychiatriques. Certaines personnes atteintes de maladies mentales ne reçoivent un traitement qu'après avoir obtenu un verdict de non-responsabilité criminelle ou d'inaptitude à subir un procès. Pour beaucoup, l'accès aux soins ne se concrétise qu'après une condamnation.

Les Autochtones sont largement surreprésentés dans les établissements pénitentiaires (32 % au total et près de 50 % des femmes incarcérées) (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2022-2023), dont beaucoup sont aux prises avec des traumatismes complexes, des problèmes de toxicomanie et des antécédents d'hospitalisations. Par ailleurs, les prisons n'offrent pas de soutien adéquat aux détenus âgés, atteints de démence ou souffrant de problèmes de santé physique. Les personnes qui ont des troubles cognitifs deviennent couramment des patients médico-judiciaires permanents, souvent sans espoir de pouvoir un jour être aptes à comparaître pour subir leur procès.

Le manque de services et de soutien dans les prisons pour les personnes atteintes de maladies mentales se traduit par des taux inacceptables de placements en isolement et par un manque de traitements adéquats. Il existe peu d'endroits au sein du système correctionnel où les personnes atteintes de maladies mentales qui ont été jugées inaptes peuvent être traitées contre leur gré, et il est difficile de faire suivre un traitement à ces personnes en dehors de l'établissement compte tenu de la double stigmatisation associée à la maladie mentale et à la criminalité.

En plus d'améliorer les ressources du système de santé mentale dans la communauté pour prévenir la criminalisation, l'APC recommande la création d'une commission chargée d'examiner les effets de la désinstitutionalisation et de tenir les gouvernements provinciaux et territoriaux responsables d'offrir des ressources hospitalières et communautaires adéquates (Chaimowitz, 2012 (a) et 2012 (b)).

Il faudrait prévoir des fonds consacrés à la recherche et à l'éducation dans les budgets des services de santé des établissements pénitentiaires fédéraux.

Recommandation 5 : Que le gouvernement fédéral, en partenariat avec les provinces et les territoires, accroisse ses investissements dans des approches fondées sur des données probantes, comme l'approche Logement d'abord, pour faciliter la transition des personnes recevant des services de crise et en établissement vers des options de logement communautaire adéquates, flexibles, disponibles, abordables et adaptées aux besoins de chacun.

Plus de 500 000 Canadiens vivant avec une maladie mentale n'ont pas de logement adéquat, dont 119 000 qui sont sans abri (Trainor, 2011). Les investissements dans le logement supervisé permettent de réaliser des économies dans les systèmes de soins de santé, de services sociaux et de justice. Selon l'étude nationale sur le logement intitulée *Chez Soi/At Home*, chaque tranche de 10 $ investie dans le logement supervisé permet d'économiser en moyenne 21,72 $ (Goering, 2014). En outre, les participants à l'étude *Chez Soi/At Home* utilisaient moins de services et nécessitaient moins de consultations externes à l'hôpital (Goering, 2014).

Il est particulièrement difficile pour les personnes ayant un handicap de trouver un logement adéquat en raison de la stigmatisation et de la discrimination dont elles font l'objet, ainsi qu'en raison du manque de soutien au revenu offert par les programmes d'aide sociale actuels. La Prestation canadienne pour les personnes handicapées pourrait très bien combler cette lacune, pourvu qu'elle ne fasse pas l'objet de mesures de récupération et qu'elle soit suffisamment flexible pour soutenir les personnes souffrant de maladies épisodiques (comme les maladies mentales). Au moment de rédiger la réglementation encadrant la Prestation canadienne pour les personnes handicapées, il sera essentiel de mener des consultations auprès des organisations représentant les personnes atteintes d'une maladie mentale et les professionnels qui les soignent.

Compte tenu de la pénurie de logements publics et privés au Canada, il est impératif que le gouvernement fédéral encourage la construction de logements supervisés pour les personnes atteintes de maladie mentale.

Il conviendrait également d'étudier la possibilité d'instaurer un revenu universel de base pour remplacer la multitude de programmes sociaux et d'aide au logement.

Recommandation 6 : Que le gouvernement fédéral, en partenariat avec les provinces et les territoires, investisse dans des services de soutien et des programmes communautaires, comme le suivi intensif dans le milieu ou la gestion des cas graves, afin d'aider les personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont en situation d'itinérance ou qui reçoivent des soins en milieu hospitalier ou en établissement à réussir leur transition vers la vie dans la communauté.

Les patients ayant des besoins complexes obtiennent de bons résultats grâce aux équipes de suivi intensif dans le milieu et de gestion des cas graves, qui fonctionnent particulièrement bien dans les logements supervisés. Cependant, il faut patienter jusqu'à un an et plus pour accéder à ce modèle de soins (Gratzer, 2023).

À propos de l'APC

Fondée en 1951, l'Association des psychiatres du Canada est la porte-parole nationale des psychiatres et des résidents en psychiatrie du Canada. Elle est la principale autorité en matière de psychiatrie au Canada.

Références

1. G. Chaimowitz, « La criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale », [Énoncé de principe de l'APC], *Can J Psychiatry*, vol. 57, no 2, Encart 1-7, 2012(a).
2. G. Chaimowitz, « Le traitement de la maladie mentale dans les établissements correctionnels », [Déclaration de principe de l'APC], *Can J Psychiatry*, vol. 57, no 2, Encart 1,1-2, 2012(b).
3. P. Goering, S. Veldhuizen, A. Watson *et al.*, *Rapport final du projet Chez Soi*, Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada, 2014.
4. D. Gratzer, « A crisis of neglect : how society can help those with mental illness », *Globe and Mail*, 14 juillet 2023.
5. N. Kates, N. Sunderji, V. Ng *et al.*, « Les soins de santé mentale en collaboration au Canada : Défis, possibilités et nouvelles directions », *Can J Psychiatry*, vol. 68, no 5, mai 2023, p. 372-398.
6. R. Lewis-Fernandez, M.J. Rotheram-Borus, V. Trotter Vetts *et al.*, « Repenser les priorités de financement de la recherche en santé mentale », *Br J Psychiatry*, vol. 206, no 6, 2016, p. 507-509 [TRADUCTION].
7. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, CSMC, Ottawa (Ontario), 2013.
8. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*, CSMC, Ottawa (Ontario), 2017.
9. J. Trainor, P. Taillon, 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*, Commission de la santé mentale du Canada, Calgary (Alberta), 2011.
10. D.V. Vigo, D. Kestel, K. Pendakur *et al.*, « Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm : cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas », *Lancet Public Health*, vol. 4, no 2, 2019, p. e89-e96.
11. T. Wykes, J.M. Haro, S.R. Belli *et al.*, « Priorités de recherche en santé mentale pour l'Europe », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, no 11, 2015, p. 1036-1042.

Association des psychiatres du Canada
701 – 141, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1P 5J3
www.cpa-apc.org