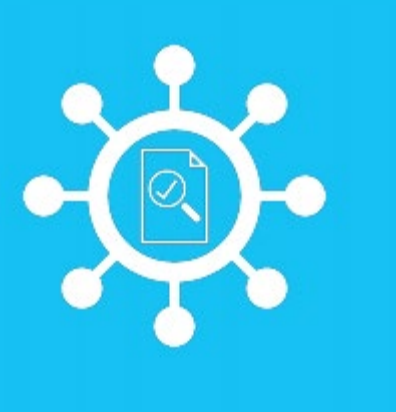
CANADA AWARDS FOR EXCELLENCE
PRIX CANADA POUR L'EXCELLENCE
2020
ORDER OF EXCELLENCE RECIPIENT MENTAL HEALTH AT WORK
RÉCIPIENDAIRE ORDRE DE L'EXCELLENCE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL

Commission de la santé mentale du Canada
Mental Health Commission of Canada

La COVID-19 et les personnes ayant une grave maladie mentale

Document d'orientation



Commission de la santé mentale du Canada
commissionsantementale.

This document is available in English.

Indications concernant la référence

Référence suggérée : Commission de la santé mentale du Canada (2021). *La COVID-19 et les personnes ayant une grave maladie mentale : Document d'orientation.* Ottawa, Canada : Commission de la santé mentale du Canada.

© 2021 Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-264-3

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada

Santé Canada Health Canada

Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Remerciements

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) exerce ses activités principalement sur le territoire traditionnel non cédé de la nation algonquine Anishinabe dont la présence ici remonte à des temps immémoriaux. Les Algonquins ont vécu sur ces terres en tant que gardiens et défenseurs du bassin versant de la rivière des Outaouais et de ses affluents. Nous avons le privilège de bénéficier de leur longue histoire d'accueil de nombreuses nations sur ce magnifique territoire. Nous reconnaissons également les terres traditionnelles à la grandeur de ce que l'on appelle le Canada, sur lesquelles notre personnel et nos intervenants résident.

Notre travail de recherche sur les politiques repose sur une perspective intersectorielle fondée sur l'analyse comparative entre les sexes et les genres+ afin de recenser, d'exprimer et d'aborder les inégalités en matière de santé et de société par le biais de l'action politique. À cet égard, notre travail est guidé par l'engagement auprès de personnes ayant vécu diverses expériences et de personnes ayant d'autres formes d'expertise pour façonner notre synthèse des connaissances et nos recommandations en matière de politiques. Nous sommes engagés à l'égard de l'apprentissage continu et accueillons volontiers les commentaires.

La CSMC tient à remercier les évaluateurs externes et le personnel pour leur importante et inestimable contribution à ce travail.

Évaluateurs experts

- Eugène LeBlanc et membres du Groupe du corridor et du Conseil des jeunes
- D^{re} Manon Charbonneau et membres du Comité des politiques publiques de l'Association des psychiatres du Canada
- Tim Simboli, directeur général, Association canadienne pour la santé mentale, section d'Ottawa
- Vicky Huehn et membres du comité de direction de Réadaptation Psychosociale Canada

Personnel de la CSMC

- Katerina Kalenteridis, analyste, Politiques et recherches
- Francine Knoops, gestionnaire, Politiques et recherches
- D^{re} Mary Bartram, directrice, Politiques

Table des matières

Introduction **2**
Objectif **2**
Contexte **3**
Santé de la population 3
Réponses des gouvernements pendant la pandémie de COVID-19 4
Impact de la COVID-19 sur les services de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances 5
Risques et vulnérabilités des personnes ayant une grave maladie mentale **6**
Comorbidités et facteurs de risque pour la santé physique 6
Enjeux liés aux symptômes 7
Déterminants sociaux 7
Racialisation 8
Genre 9
Dimensions relatives à la phase de la vie 9
Dimensions relatives aux proches aidants 10
Rétablissement, résilience et autodétermination dans le contexte de la COVID-19 ..... **10**
Impact sur les services de santé mentale **11**
Milieu hospitalier 12
Services communautaires 14
Références **18**

Introduction

Objectif

Le présent document propose un aperçu des problèmes auxquels ont fait face les personnes ayant une grave maladie mentale (et leur cercle de soins) pendant la pandémie de COVID-19, ainsi que des considérations relatives à l'élaboration de politiques alors que nous entrons dans la période postpandémique. Il s'appuie sur l'analyse préliminaire de la COVID-19 et de la santé mentale de la CSMC et s'inspire de documents universitaires et politiques publiés au Canada et à l'étranger, des informations tirées des médias et recueillies auprès des principaux intervenants, ainsi que des contributions du Groupe du corridor et du Conseil des jeunes de la CSMC. Afin de mieux faire entendre les personnes ayant vécu la maladie mentale, certaines citations (anonymes et attribuées) sont incluses dans le document.

Messages clés

1. **La COVID-19 a eu un impact significatif sur le bien-être des personnes ayant une grave maladie mentale.** Les personnes qui étaient déjà aux prises avec une grave maladie mentale avant la pandémie n'étaient pas seulement plus à risque de contracter la COVID-19, mais les protocoles de distanciation physique, les perturbations de services et la nature de leur maladie les exposaient aussi à un risque plus élevé d'avoir des problèmes de santé mentale.
2. **Leurs besoins ont été relégués au second plan au profit d'autres priorités.** Les besoins de soutien clinique et social des personnes ayant une grave maladie mentale ont été subordonnés à des priorités plus larges en matière de santé publique et de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19.
3. **Les services destinés aux personnes ayant une grave maladie mentale ont été grandement perturbés.** Les services destinés aux personnes ayant une grave maladie mentale ont été grandement perturbés et les fournisseurs de soins ont dû relever des défis pour répondre à leurs besoins pendant la pandémie, notamment en ce qui concerne les services communautaires.
4. **Le soutien par les pairs a joué un rôle essentiel.** Certains éléments indiquent que les services virtuels de soutien par les pairs ont peut-être contribué à atténuer l'impact de l'isolement et de l'interruption des services, renforçant ainsi l'importance des liens sociaux et de systèmes de soutien social solides pour le maintien du bien-être.
5. **De nombreuses inégalités ont aggravé les impacts de la pandémie.** Les personnes ayant une grave maladie mentale et qui subissent d'autres inégalités liées à la racialisation, au statut socioéconomique et à l'état de santé ont vécu des difficultés supplémentaires en matière de bien-être pendant la pandémie.
6. **D'autres recherches reposant directement sur l'expérience de la maladie mentale sont nécessaires.** Il est encore trop tôt pour prévoir les répercussions à long terme des perturbations auxquelles ont fait face les personnes ayant une grave maladie mentale pendant la pandémie. Mais les recherches reposant directement sur le vécu des personnes qui ont une maladie mentale doivent être priorisées

afin de comprendre pleinement l'ampleur de leurs difficultés, de s'attaquer aux problèmes systémiques qui ont exacerbé leurs expériences, et d'orienter la planification des futures pandémies.

Contexte

Les décideurs politiques ont été guidés par une approche de santé publique globale pour faire face aux impacts de la pandémie de COVID-19, tout en reconnaissant tôt les vulnérabilités distinctes de la population[1,2]. Cette orientation était évidente lorsque Santé Canada a demandé à la CSMC au début de la pandémie d'accorder la priorité aux populations vulnérables (y compris les personnes ayant des problèmes et des maladies associés à la santé mentale) dans la recherche sur les politiques.

De nombreux sondages réalisés pendant la pandémie, au Canada et à l'étranger, ont mis en évidence à quel point la pandémie de COVID-19 a contribué à accroître le stress au sein de la population générale[3-8]. Cependant, la façon dont les personnes ayant une grave maladie mentale préexistante s'en sont sorties pendant la pandémie a reçu peu d'attention, les études ayant tendance à inclure un plus large éventail de conditions de santé mentale préexistantes ou à s'appuyer sur de petits échantillons et des rapports d'informateurs clés[9]. En collaboration avec Léger et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), la CSMC a entrepris une série de sondages portant notamment sur la façon dont les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de maladie mentale et de dépendance se débrouillent pendant la pandémie. À ce jour, l'anxiété modérée et sévère figure parmi les symptômes les plus souvent signalés par ces répondants[10].

Il existe de nombreux types de maladies mentales et, au Canada, une personne sur cinq serait aux prises avec une maladie mentale à un certain moment de sa vie. Cependant, moins de 5 % de la population vit avec ce que l'on considère habituellement comme une grave maladie mentale (en fonction de la nature des symptômes associés à un impact plus grave sur la vie quotidienne pendant une plus longue période)[11]. Le National Institute of Mental Health des États-Unis définit une grave maladie mentale comme un trouble mental, comportemental ou émotionnel entraînant une déficience fonctionnelle grave qui entrave ou limite considérablement une ou plusieurs activités majeures de la vie[12]. Ces types de maladies incluent notamment la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression chronique, les troubles de l'alimentation et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)[13,14]. Les personnes ayant une grave maladie mentale peuvent également souffrir de maladies physiques concomitantes, comme le diabète[15,16]. La consommation de substances chez les personnes ayant une grave maladie mentale est également fréquente[17,18], et jusqu'à 49 % des adultes atteints d'une grave maladie mentale consomment des substances sans ordonnance par rapport à 16 % dans la population générale[19].

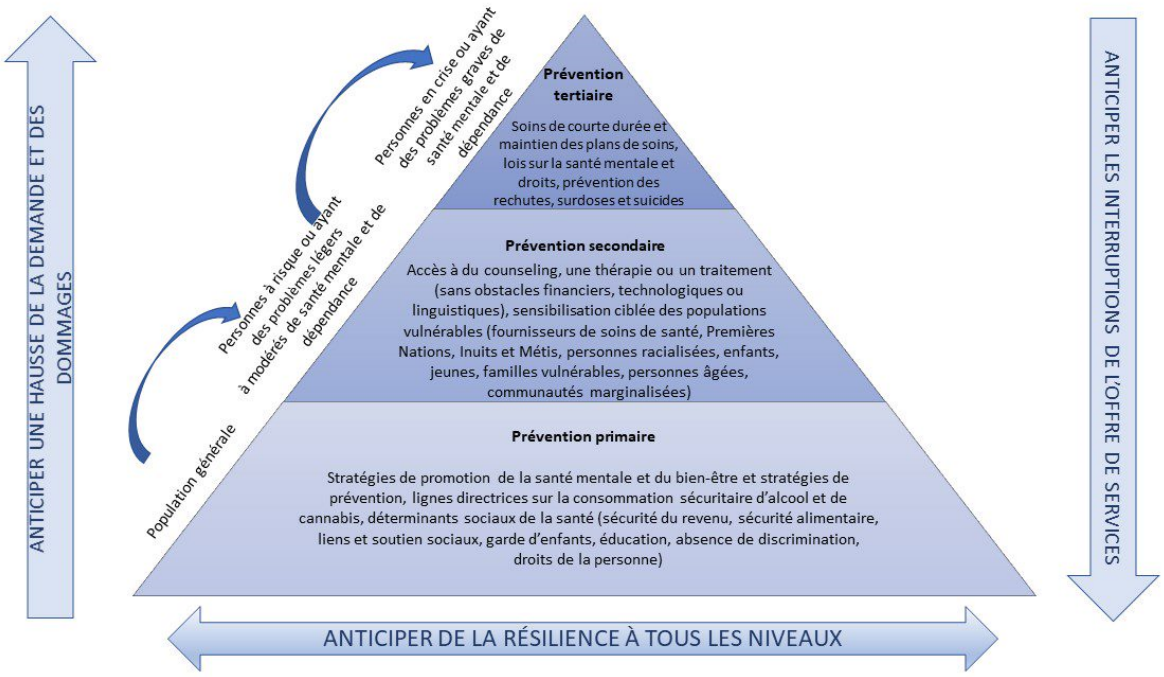
Santé de la population

La CSMC a élaboré un modèle de santé de la population (figure 1) pour encadrer les domaines d'action nécessitant une attention particulière en réponse à la pandémie de COVID-19. Ce modèle triangulaire conceptualise la façon dont le stress causé par la pandémie a entraîné un risque de pression accrue sur les différents types de besoins en matière de santé mentale et de dépendance dans la population. En particulier, et comme prévu, la hausse de la demande s'est ajoutée aux perturbations de l'offre de services.

Pour les personnes ayant une grave maladie mentale, l'accent est souvent mis sur les besoins liés aux services d'intensité supérieure (au haut du triangle), qui comprennent les soins de courte durée et les

soins tertiaires ainsi que le soutien continu pour la prévention secondaire. Cependant, il est tout aussi important de reconnaître la capacité profonde de résilience, ainsi que le fait que les politiques et les services visant à répondre aux besoins des personnes sont également compris dans les premier et deuxième paliers de services. Les stratégies de promotion de la santé mentale, les déterminants sociaux de la santé, l'accès aux soins primaires, la psychothérapie, le soutien par les pairs et d'autres services qui peuvent faire partie des plans de soins individuels pour soutenir le parcours de rétablissement sont tous des éléments importants des politiques et des services pour les personnes ayant une grave maladie mentale.

Figure 1. Approche axée sur la population pour traiter de santé mentale et de dépendance pendant une pandémie



Réponses des gouvernements pendant la pandémie de COVID-19

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada ont très tôt pris des mesures pour accroître les services et le soutien en matière de santé mentale, en mettant l'accent sur les besoins des personnes vivant des niveaux accrus de détresse ou avec des problèmes de santé mentale légers à modérés. Les messages de promotion de la santé mentale destinés à la population générale, tels que des conseils sur l'autogestion de la santé mentale, la promotion de l'activité physique comme la marche et le maintien des contacts de façon virtuelle, faisaient partie intégrante des messages de santé publique dans la plupart, sinon la totalité, des paliers gouvernementaux. Dans le cadre de son Accord sur la relance sécuritaire, le gouvernement fédéral a offert aux provinces et aux territoires 500 millions de dollars pour s'occuper des besoins et des lacunes en matière de services pour les personnes vivant des difficultés liées à la santé mentale, à la dépendance ou à l'itinérance pendant la pandémie[20]. Le Fonds d'urgence pour l'appui communautaire et la Subvention salariale d'urgence du Canada offerts par

le gouvernement fédéral ont également apporté un soulagement et permis d'accroître la capacité des services communautaires de santé mentale[21-23].

Aussi, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont investi rapidement dans des initiatives de cybersanté mentale. À l'échelle fédérale, le portail Espace mieux-être Canada de Santé Canada a fourni du soutien virtuel en santé mentale et donné accès à des services de consultation virtuels gratuits à toute personne vivant au Canada dans le but de combler rapidement les lacunes en matière d'accès[24]. Grâce à des programmes comme Psychothérapie structurée Ontario et Navigapp à Terre-Neuve-et-Labrador, les provinces et les territoires ont pu soutenir la prestation de soins virtuels en s'appuyant sur le travail entrepris au cours des dernières années pour améliorer l'accès aux psychothérapies, aux programmes de soins échelonnés et aux services de cybersanté mentale[25].

Impact de la COVID-19 sur les services de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances
Dans l'ombre, les services de soins intensifs pour les personnes ayant une grave maladie mentale de la plupart des pays développés ont dû adapter leur accès afin de respecter les protocoles de contrôle des infections liées à la pandémie[26]. Ces mesures ont entraîné la fermeture de la plupart des programmes de jour en personne et limité la capacité de soins en milieu hospitalier. Au Canada, certaines de ces réponses ont nécessité l'élaboration rapide de politiques tout en s'attaquant à des problèmes systémiques de longue date. C'est le cas du Nunavut, qui est rapidement passé d'une dépendance à l'égard des spécialistes et des traitements hospitaliers par la voie des airs à un renforcement des capacités d'évaluation et de prestation de soins hospitaliers sur le territoire[27]. Le financement fédéral des refuges, des groupes communautaires et des services communautaires de santé mentale a permis de combler certaines lacunes à l'échelle communautaire[28,29]. Cependant, en dehors de ces sources de financement spécifiques, les besoins des personnes ayant une grave maladie mentale n'ont pas bénéficié de l'attention des décideurs politiques[30].

« Je suis très fier de mes collègues de partout au Canada qui travaillent dans divers organismes communautaires sans but lucratif et qui ont fait preuve d'une grande créativité, travaillant de longues heures pour intensifier leurs efforts. Je veux m'assurer que ces efforts déployés par le secteur sans but lucratif ne sont pas négligés ou oubliés parce que nous avons été si novateurs et créatifs pour répondre en temps réel aux besoins des personnes ayant une maladie mentale. Il y a de belles réussites, mais nous avons besoin de plus de soutien de la part du gouvernement, notamment le maintien de la subvention salariale ciblée. » [traduction]

– Membre du Groupe du corridor de la CSMC

La pandémie a accentué l'ampleur du manque de ressources du système de soins de santé mentale et les lacunes des politiques en matière de santé et de politiques sociales pour répondre aux besoins en santé mentale dans l'ensemble du continuum, de la promotion de la santé mentale à la prévention des maladies, en passant par les services spécialisés intensifs[31]. Les organismes canadiens de promotion de la santé mentale ont établi des cadres pour combler ces lacunes[32,33]. Des efforts ont également été déployés pour mettre à jour les lignes directrices, tant au Canada qu'à l'étranger, afin d'aider les services de première ligne à s'occuper des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les patients ou

clients[34-36]. Au début de la pandémie, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont accordé des subventions pour la synthèse rapide des connaissances, ce qui a permis dans une certaine mesure de mettre en lumière les maladies mentales graves et qui comprend une étude portant sur la question des soins virtuels pour les personnes atteintes de schizophrénie[37]. Toutefois, les pressions exercées sur le système pour répondre aux besoins croissants de l'ensemble de la population continueront probablement de faire ombrage aux besoins intensifs distincts des personnes ayant une grave maladie mentale. À ce jour, les audiences du Sénat sur la COVID-19 ont été l'un des rares forums d'élaboration de politiques où les besoins des personnes ayant une grave maladie mentale ont été précisément et publiquement explorés[38-40].

« Les personnes ayant une grave maladie mentale constituent un groupe extrêmement marginalisé dont les besoins ne sont pas adéquatement pris en compte par le système de santé mentale et de services sociaux depuis des années. En mettant l'accent sur les impacts négatifs de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale pour d'autres groupes vulnérables et la population générale, les besoins des personnes ayant une grave maladie mentale pourraient continuer d'être négligés. Nous devons nous assurer que cela ne se produise pas. » [traduction]

– Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020,
Mental Health in Canada: Covid-19 and Beyond (p. 4)

Considérations

Risques et vulnérabilités des personnes ayant une grave maladie mentale

Les personnes ayant une grave maladie mentale sont davantage susceptibles d'avoir des problèmes de santé physique et mentale et des difficultés sociales, lesquels augmentent à leur tour le risque d'infection à la COVID-19. En outre, leur recoupement avec d'autres déterminants sociaux, notamment la race, l'origine ethnique, le genre, le revenu, l'âge et le statut de proche aidant, aggrave ces risques.

Comorbidités et facteurs de risque pour la santé physique

Les taux élevés de comorbidité entre les maladies mentales graves et les problèmes de santé physique courants, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et la malnutrition chronique, représentent des risques supplémentaires[41]. Parmi les facteurs de risque les plus importants, la comorbidité entre les maladies mentales graves, l'usage de substances et les problèmes de santé physique, en partie parce que l'accès et l'adhésion aux soins médicaux sont plus faibles et en raison de la prévalence de comportements à risque comme le tabagisme, peut augmenter le risque de progression de la maladie et de complications découlant de la COVID-19[42,43]. En raison de ses effets sur la santé respiratoire et pulmonaire, la COVID-19 peut entraîner une morbidité particulièrement grave chez les personnes qui fument du tabac ou du cannabis ou qui consomment des opioïdes et des méthamphétamines[44].

Enjeux liés aux symptômes
Le contexte dans lequel les symptômes associés aux maladies mentales graves se manifestent peut modifier la réponse d'une personne à la COVID-19, et il existe des préoccupations distinctes liées à différents types de maladies, notamment la psychose, les troubles de l'alimentation, un TSPT antérieur, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles graves de l'humeur. Les experts en psychiatrie ont souligné que la COVID-19 peut être le catalyseur d'un nouvel épisode de psychose ou de l'exacerbation des symptômes[45]. Un éventail de symptômes associés aux graves maladies mentales pourrait affaiblir la sensibilisation au risque ou amplifier les pensées paranoïaques et anxieuses, alors que certains symptômes comme la désorganisation peuvent rendre difficile le respect des directives de santé publique concernant la distanciation physique et le port du masque[46]. Pour les personnes ayant une grave maladie mentale, la distanciation sociale peut entraîner une détresse émotionnelle importante susceptible de déclencher une réapparition des symptômes psychotiques et des troubles de l'alimentation, en plus d'augmenter le risque de réhospitalisation[47,48].

Déterminants sociaux
Les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle important dans l'augmentation du risque de contracter la COVID-19 ou d'obtenir de moins bons résultats à moyen et à long terme. Si les personnes ayant une grave maladie mentale vivent de manière autonome, elles sont plus susceptibles d'occuper des logements plus pauvres ou surpeuplés ou de faire partie du grand nombre de personnes vivant dans des foyers de groupe ou des résidences, deux situations qui posent des problèmes quant au contrôle des infections. En outre, beaucoup d'entre elles n'ont pas accès aux services Internet, aux ordinateurs ou aux téléphones cellulaires nécessaires pour se prévaloir de services virtuels[49,50].

De plus en plus d'experts en santé mentale affirment qu'il faut accorder davantage attention aux fondements sociaux de la détresse mentale[51]. Des preuves solides démontrent que des taux plus élevés de pauvreté, un soutien social limité et une mauvaise santé physique chez les personnes ayant une grave maladie mentale les exposent à un risque accru de développer des comorbidités, de mourir par suicide, de se blesser en s'automutilant et de se négliger. En outre, bien qu'il existe peu de données américaines (et aucune donnée canadienne) sur les impacts de la pandémie de COVID-19 chez les personnes ayant une grave maladie mentale, nous savons que les conditions et les facteurs de stress sociaux peuvent augmenter le risque de rechute, la récurrence ou la gravité des symptômes pendant la pandémie[52- 56].

Les évaluateurs ont souligné l'impact des déterminants sociaux sur les personnes ayant une grave maladie mentale pendant la pandémie de COVID-19, laquelle était exacerbée par le manque de logements sociaux avant la pandémie et la mise en œuvre d'approches insuffisantes de type « Logement d'abord ». Ces approches, recommandées dans l'étude *At Home/Chez Soi*, soulignent l'importance d'un soutien approprié comme facteur déterminant de la réussite d'une personne à conserver son logement[57,58].

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales ont pris des mesures pour répondre aux besoins en matière de soutien du revenu et de logement sécuritaire en période de pandémie pour les personnes en situation d'itinérance ou de précarité du logement, d'insécurité alimentaire et de précarité du revenu, tous des facteurs de risque que vivent de manière disproportionnée les personnes ayant une grave maladie mentale[59]. Au début de la pandémie, bon nombre de provinces ont offert des logements temporaires d'urgence dans des hôtels et des immeubles

d'habitation vides aux itinérants et aux personnes vivant dans des refuges. Par exemple, en avril 2020, le conseil municipal de Toronto a approuvé des dépenses de 47,5 millions de dollars pour aménager 250 unités de logement modulaire pour l'automne 2020[60,61]. Cependant, la pandémie de COVID-19 a mis encore plus de pression sur le système de logements sociaux et les refuges, et les mesures d'urgence municipales, provinciales et fédérales n'ont pas répondu aux besoins des personnes en situation de logement précaire et d'itinérance. De plus, l'itinérance persistante peut augmenter le risque d'infection et rendre plus difficiles l'identification, le suivi et le traitement des personnes infectées[62-64].

« Dès le début de la pandémie de COVID-19 et des nombreuses fermetures, les personnes déjà marginalisées passaient entre les mailles du filet et continuent de le faire davantage que la population générale. À Moncton, nous avons constaté une augmentation du nombre d'itinérants et un besoin accru de soutien communautaire. » [traduction]

– Eugène LeBlanc, Groupe du corridor de la CSMC

Racialisation

Les personnes issues de communautés racialisées ayant une grave maladie mentale, qui subissent des formes multiples de stigmatisation, de discrimination et de racisme, sont également exposées à des risques accrus en raison des répercussions de la COVID-19. Pourtant, cette situation n'a fait que récemment l'objet d'un débat national, et de nombreux gouvernements et organismes au Canada continuent de l'ignorer, en partie en raison de l'absence de données fondées sur la race, une situation qui commence seulement à changer[65,66]. Comme le souligne un rapport de la CSMC sur le recensement de 2016, les groupes racialisés font l'objet d'une forte discrimination qui peut avoir un impact sur la santé mentale et le bien-être[67]. La carte utilisée par la santé publique de Toronto pour suivre le taux d'infection à la COVID-19 (par quartier) dans la région du Grand Toronto fait ressortir l'ampleur de ces disparités et les zones où les personnes racialisées vivent à l'étroit, manquent de programmes et de services, dépendent du transport en commun et présentent des taux d'infection plus élevés[68]. Il existe également de plus en plus de preuves que le recours à la détention involontaire et à la contention est plus élevé chez les populations racialisées ayant de graves maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice[69,70,71]. Pendant la pandémie de COVID-19, les communautés et les personnes racialisées continuent de faire face à diverses formes de discrimination, de préjugés, de stigmatisation et de crimes haineux, lesquels sont liés à un stress accru et à d'autres impacts négatifs sur la santé mentale[72-77].

« Je suis également préoccupé par les populations les plus vulnérables à la COVID-19, car je constate que la pandémie entraîne une augmentation du racisme et je m'inquiète de son impact sur la santé mentale et l'accès aux services de santé mentale et aux soins que les gens reçoivent. » [traduction]

– Membre du Groupe du corridor de la CSMC

Genre
La COVID-19 a eu un impact plus important sur la santé mentale des mères et des femmes enceintes par rapport à celle des hommes de leur groupe de pairs[78,79]. Un risque accru de violence familiale fondée sur le genre a également été associé aux restrictions de santé publique pendant la pandémie[80,81]. Des études antérieures ont montré que les femmes atteintes de schizophrénie présentent des risques accrus d'exploitation sexuelle, de violence familiale et de violence aléatoire[82,83].

Dimensions relatives à la phase de la vie
La pandémie a eu des répercussions distinctes sur les enfants et les jeunes, ainsi que sur les personnes âgées ayant une grave maladie mentale[84,85].

Globalement, les enfants et les jeunes ont été privés de leur sentiment de normalité et de routine. Leurs possibilités de socialisation ont été restreintes et leur accès à l'école et aux programmes spécialisés a été interrompu[86]. Un rapport de 2020 de la CSMC et de LA TÊTE HAUTE, intitulé *La vie en confinement : les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des jeunes au Canada*, a révélé que les jeunes (en particulier les jeunes marginalisés) sont particulièrement vulnérables aux perturbations que la pandémie a provoquées dans l'ensemble du Canada. Dans une enquête menée en Ontario par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, la moitié des jeunes qui avaient déjà demandé de l'aide pour des problèmes de santé mentale ont signalé des perturbations dans leur accès aux soins depuis le début de la pandémie[87].

Parmi les enfants souffrant déjà d'une maladie mentale, des chercheurs de l'hôpital Sick Kids de Toronto ont constaté que les enfants et les jeunes subissaient des répercussions générales relativement similaires sur leur santé mentale, quels que soient leurs antécédents cliniques[88]. Toutefois, les enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme ont signalé une plus grande détérioration de leur dépression, de leur irritabilité, de leur capacité d'attention et de leur hyperactivité. La fermeture des services scolaires, les difficultés d'apprentissage en ligne, la réduction des services de soins et les perturbations de la routine quotidienne font partie des facteurs croisés qui seraient à l'origine de cette détérioration. L'étude a également révélé que, pour certains enfants souffrant de certaines pathologies préexistantes, les ordres de rester à la maison ont pu soulager les sources de stress et atténuer les symptômes d'anxiété ou d'irritabilité. En revanche, les enfants ayant reçu des diagnostics tels que le trouble du spectre de l'autisme ou le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité ont subi les effets négatifs de la perte de structure, de cohérence et d'interactions sociales familières[89].

Malgré une espérance de vie plus courte, de nombreuses personnes âgées souffrent depuis de nombreuses années de maladies mentales graves et complexes. Bien que les besoins distincts des personnes âgées ayant une grave maladie mentale soient rarement étudiés, la pandémie a eu des répercussions sur leur vie à plusieurs niveaux, notamment en perturbant l'accès aux services nécessaires au maintien de leur bien-être et en réduisant leur qualité de vie en raison de l'isolement imposé[90]. Un évaluateur expert a fait part d'une observation personnelle selon laquelle, dans divers contextes, les clients âgés atteints d'une grave maladie mentale ont été particulièrement affectés par les restrictions imposées quant aux visites des membres de la famille et des amis proches, certains d'entre eux demandant même une aide médicale à mourir[91].

Il est de plus en plus évident que les mesures d'isolement ont aggravé l'impact de la pandémie sur les personnes atteintes de démence et de maladie mentale dans les établissements de soins de longue

durée[92,93]. Une méta-analyse de 74 études portant sur des populations vivant dans des établissements de soins de longue durée a conclu que certaines maladies mentales graves sont plus répandues dans ces établissements que dans la communauté. Les maladies les plus répandues chez les résidents de ces établissements étaient la démence (prévalence moyenne de 58 %) et la dépression majeure (prévalence moyenne de 10 %), et pourtant la prévalence moyenne des symptômes dépressifs était de 29 %[94]. En Ontario, 40 % des personnes âgées vivant dans des maisons de soins infirmiers ont besoin de services psychiatriques, mais moins de 5 % d'entre elles reçoivent les soins dont elles ont besoin[95]. Aussi, de nouvelles données empiriques indiquent une hausse de l'utilisation d'antipsychotiques et de moyens de contention dans les établissements de soins de longue durée[96].

Dimensions relatives aux proches aidants

La charge accrue assumée par les proches aidants de personnes ayant une grave maladie mentale, en raison des interruptions de services et des mesures d'isolement, a été difficile et accablante pour certains. Des experts s'inquiètent d'un déclin substantiel de la capacité des familles à répondre à ces besoins en raison des restrictions de santé publique et de la détérioration de la propre santé physique et mentale des proches aidants[97]. Une étude réalisée en 2020 a révélé que le fardeau des proches aidants était particulièrement élevé dans certaines circonstances, une situation qu'elle associait « à un faible soutien social, à des émotions négatives élevées et à la violence familiale » d'un partenaire intime envers le membre de la famille. Elle a également constaté que « la pression financière, l'isolement social, le faible soutien émotionnel, les interactions sociales négatives et la détresse psychologique » augmentaient le fardeau du proche aidant[98]. En outre, si les mesures de distanciation sociale ont obligé les services de soutien aux familles par les pairs à se tourner vers des modalités virtuelles, aucune étude n'a encore été faite sur les résultats ou les difficultés de cette expérience.

Rétablissement, résilience et autodétermination dans le contexte de la COVID-19

L'importance de se concentrer sur les forces et la résilience des personnes et des communautés plutôt que sur leurs faiblesses et vulnérabilités est un aspect essentiel de l'approche axée sur le rétablissement en santé mentale. Cette approche intègre les principes de l'espoir, des soins centrés sur la personne, des droits de la personne et du lien social dans les programmes et les services axés sur le rétablissement destinés aux personnes ayant une grave maladie mentale. La mise en œuvre de cette approche signifie nécessairement prêter attention aux facteurs qui maintiennent le bien-être et renforcent la résilience, ce qui exige ensuite de s'attaquer aux inégalités systémiques[99,100]. Selon une première analyse soulignant ce point dans la revue *Nature*, s'il était encourageant de voir la santé mentale faire l'objet d'une grande attention dans le cadre de la réponse à la COVID-19, il était décevant de constater que seule la moitié de l'équation était prise en compte : elle ne faisait pas état de la façon dont la maladie mentale augmente l'exposition d'une personne aux chocs économiques ni de la nécessité de répondre aux besoins sociaux de ceux qui ont des problèmes de santé mentale préexistants et qui sont plus à risque de « dérive sociale[101] ».

Tout comme le rétablissement n'est pas nécessairement synonyme de guérison, la résilience n'égale pas forcément une santé mentale idéale. Elle se développe plutôt avec le temps en relevant les défis et en saisissant les possibilités que la vie apporte, y compris les difficultés associées aux graves maladies mentales. Il existe de multiples voies vers la résilience, mais elles reposent toutes sur la nécessité d'offrir

un soutien social et des ressources suffisantes, qui servent de base pour faire face aux défis, y compris une pandémie[102].

Afin de satisfaire les besoins sociaux fondamentaux (logement, emploi, amis), les principes axés sur le rétablissement renforcent l'importance de prêter attention aux possibilités de liens sociaux. Le secteur de la santé mentale a d'abord exprimé des inquiétudes quant aux résultats psychiatriques négatifs qu'entraîneraient les exigences de distanciation sociale pendant la pandémie pour les personnes ayant une grave maladie mentale. Ces inquiétudes portaient notamment sur l'augmentation de l'isolement social et de la solitude, qui sont déjà des expériences courantes pour ces personnes[103] et qui sont associées à une qualité de vie moindre, à la dépression, à la paranoïa et aux idées suicidaires[104]. L'isolement social et la solitude peuvent également causer une détresse émotionnelle importante et la récurrence des symptômes psychotiques, entraînant un risque accru de réhospitalisation au sein de cette population[105].

L'accès au soutien par les pairs est considéré comme un facteur de facilitation particulièrement important pour favoriser le bien-être des personnes ayant une grave maladie mentale[106]. Les rapports du Groupe du corridor de la CSMC fournissent certaines preuves que le maintien de services de soutien par les pairs de manière virtuelle peut contribuer à atténuer l'impact de l'isolement pour certaines personnes ayant une grave maladie mentale et chronique, une partie d'entre eux ayant pu profiter du financement fédéral des groupes communautaires et des subventions salariales pour recentrer leur travail dans un contexte virtuel[107]. Les groupes de soutien par les pairs, les programmes communautaires de santé mentale et les services psychiatriques peuvent tous envisager de jouer un rôle en entreprenant des recherches plus solides pour mieux comprendre l'expérience de l'isolement social pendant la pandémie chez les personnes ayant une grave maladie mentale.

L'autodétermination et les droits, qui peuvent être menacés lorsque les systèmes de santé priorisent le contrôle des infections, constituent un autre principe clé de la pratique de la santé mentale axée sur le rétablissement. Bien que la Grande-Bretagne ait décidé d'assouplir les critères et les protections en matière de traitement et d'internement involontaires dans ses lois sur la santé mentale pendant la pandémie[108], aucune politique de ce genre n'a été mise au jour au Canada. Seulement voilà, on ne sait pas très bien à quel point les mesures de lutte contre les infections ont entraîné une augmentation du recours à l'isolement et à la contention en milieu hospitalier dans le contexte canadien (c'est-à-dire qui reflète les rapports anecdotiques sur l'utilisation accrue d'antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée)[109]. Cependant, les évaluateurs de RPS Canada ont observé des interruptions de services axés sur le rétablissement, entraînant des impacts particulièrement inquiétants sur les unités hospitalières. Les membres ont signalé que les personnes hébergées dans ces unités ont perdu le droit de faire des promenades même si les directives de santé publique étaient respectées : « Des années d'avancées à l'égard des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance semblent avoir été anéanties dans certains milieux en raison de la pandémie[110]. » Ce domaine mérite également des recherches plus approfondies.

Impact sur les services de santé mentale

La COVID-19 a accentué le manque de ressources des soins de santé mentale au Canada et dans le monde[111]. Selon un rapport de l'Organisation des Nations Unies, la grande majorité des besoins en santé mentale, à l'échelle internationale, n'ont pas été satisfaits pendant la première vague de la pandémie[112].

Au Canada, un sondage de la CSMC mené en collaboration avec le CCDUS et Léger a révélé que l'accès aux services, en date de décembre 2020, n'avait pas suivi les besoins : seulement 22 % des répondants ayant des symptômes de maladie mentale ont déclaré avoir eu accès à des services de traitement depuis le début de la pandémie[113]. En ce qui concerne les personnes ayant une grave maladie mentale, l'Organisation des Nations Unies a constaté que les politiques de santé mentale de nombreux pays ne répondaient pas suffisamment à leurs besoins dans la communauté, en consultation externe ou en milieu hospitalier, et que la plupart des mesures de gestion des risques et de confinement attribuables à la COVID-19 n'étaient pas non plus conformes aux conventions relatives aux droits de la personne[114]. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre dans quelle mesure les services virtuels du portail Espace Mieux-être Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux, les dispositions spéciales relatives aux soins intensifs et les efforts de promotion de la santé mentale ont atténué les perturbations des services et les mesures d'isolement social pendant la pandémie.

Milieu hospitalier

Plusieurs rapports publiés en 2020 ont indiqué que les milieux hospitaliers et les unités psychiatriques des centres de santé mentale et des hôpitaux du monde entier n'étaient pas préparés à l'apparition soudaine de la pandémie de COVID-19 et ne disposaient pas des politiques, des directives et des ressources appropriées pour y répondre[115-121]. D'autres rapports ont fait état de cas où des services et des programmes ont dû être fermés en raison de la pandémie de COVID-19, renvoyant les personnes ayant une grave maladie mentale dans des milieux où le soutien est limité[122-124]. En outre, le personnel de ces milieux hospitaliers a dû défendre les intérêts des personnes ayant une grave maladie mentale et obtenir le soutien des gouvernements et d'autres organisations[125]. Les milieux hospitaliers qui sont restés ouverts ont limité les visites et rapidement redéployé leur personnel. Mais ces actions ont entraîné des difficultés dans le maintien des traitements essentiels, comme les médicaments, la thérapie électroconvulsive et la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi que dans la capacité de satisfaire les besoins des personnes ayant une grave maladie mentale qui avaient contracté la COVID-19[126,127]. Bien qu'aucune analyse systématique n'ait été entreprise, un examen rapide a permis de recenser les services qui partageaient publiquement des rapports de situation actualisés concernant les éclosions qu'ils avaient connues et les mesures qu'ils mettaient en place[128]. D'autres rapports indiquent que des services de soutien par les pairs ont été déployés de certains établissements pour atténuer l'impact de la COVID-19 et que d'autres milieux ont offert des services cliniques complémentaires[129-132].

Divers rapports font état de l'incidence de la COVID-19 sur les patients et le personnel des centres de santé mentale dans divers pays du monde, notamment en Chine, en Corée du Sud et en Italie[133-137]. Au Canada, le cas le plus médiatisé est celui de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à Montréal, qui a connu une éclosion de COVID-19 dans sa clinique des troubles de l'humeur à la suite du transfert de résidents d'établissements de soins de longue durée à l'Institut[138]. Des personnes ayant une grave maladie mentale se sont par la suite vu refuser leur admission ou sortie, alors que le personnel hospitalier manquait de ressources et de directives claires pour faire face à l'éclosion dans ce contexte[139].

Les milieux hospitaliers présentent un risque accru d'éclosions de COVID-19 :

- ces milieux ne sont pas conçus pour un contrôle agressif des infections;
- le personnel et les patients ne portent généralement pas d'équipement de protection;
- les salles sont bondées;

- les personnes ayant une grave maladie mentale sont mobiles, ont des interactions et peuvent avoir du mal à suivre certains protocoles de distanciation sociale[140-142].

La réponse de la santé publique à la pandémie a également limité les programmes que les milieux hospitaliers sont en mesure d'offrir (comme les activités récréatives et les visites), ce qui a également entraîné des retards dans les admissions et les transitions vers la communauté[143]. Bien que l'on ne sache toujours pas comment s'est déroulée la mise en œuvre des protocoles de lutte contre la pandémie dans les établissements hospitaliers psychiatriques, il existe probablement des différences d'un établissement à l'autre, par exemple entre un service psychiatrique hospitalier et un centre psychiatrique ou un centre de santé mentale pour enfants. En général, les défis propres à ces milieux rendent plus difficile la mise en place rapide de mesures pour faire face à la pandémie de COVID-19 et maintenir la sécurité, la continuité des soins et une approche axée sur le rétablissement.

« En tant qu'ergothérapeute, je connais bien l'impact de la COVID-19 sur les milieux hospitaliers, et les obstacles aux ressources sont donc beaucoup plus nombreux. L'utilisation limitée des espaces communs comme les cafétérias, les salles de loisirs et les salles de gym en est un exemple : cela a obligé les gens à faire preuve de créativité pour respecter les restrictions tout en continuant à offrir des services et un soutien social en personne. Il a été difficile d'être en milieu hospitalier, notamment en raison de l'interdiction de visites. Aussi, en milieu hospitalier, il n'est pas possible de faire des réunions de transition avec les gens qui sont sur le point de réintégrer la communauté. Dans le passé, nous avons été en mesure d'offrir des programmes de transition tels que des possibilités de vivre dans la communauté et d'établir des liens avec des gens avant leur sortie, cela pouvant avoir des répercussions sur le rétablissement à long terme. » [traduction]

– Membre du Groupe du corridor de la CSMC

En réponse à ces mesures de santé publique pour lutter contre la COVID-19, les chercheurs ont souligné le risque d'augmentation de l'isolement et de la détention involontaire en milieu hospitalier[144,145]. De plus, les tribunaux de révision en matière de santé mentale sont devenus moins accessibles, exposant les personnes ayant une grave maladie mentale à un risque accru de privation de leurs droits fondamentaux[146]. En raison du manque d'accès aux services de soutien habituels en milieu hospitalier, les hospitalisations inadéquates, les congés tardifs et l'isolement « entrent clairement dans la catégorie de la gestion des risques, plutôt que dans celle du traitement[147] ». Pourtant, cette « gestion des risques » viole les droits fondamentaux des personnes ayant une grave maladie mentale. Non seulement elle peut les rendre incapables de défendre leurs propres intérêts, mais elle peut aggraver les résultats en matière de santé physique et de santé mentale[148].

Lors de la réunion du 3 juin 2020 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Dre Georgina Zahirney, présidente de l'Association des psychiatres du Canada, a souligné les problèmes exacerbés par le manque permanent de lits de soins de santé mentale actifs en milieu hospitalier bénéficiant de ressources appropriées.

> « À l'extérieur du Québec et du Nunavut, il y a 7 242 lits désignés pour la santé mentale. Pourtant, on estime à plus de 8 300 le nombre de lits occupés quotidiennement dans ce domaine. Les séjours prolongés des personnes qui

> n'ont plus besoin de soins hospitaliers intensifs, mais qui ne peuvent pas être renvoyées en toute sécurité chez elles, entravent également l'accès aux ressources hospitalières intensives[149]. »

Une meilleure dotation en ressources des services intensifs de santé mentale ainsi que des lignes directrices et des politiques plus strictes et plus homogènes pour les milieux hospitaliers dans l'ensemble du Canada figurent parmi les recommandations de l'Association des psychiatres du Canada.

Services communautaires

SECTEUR DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE

Bien que la plupart des soins de santé mentale au Canada soient dispensés dans la communauté, ce secteur, bénéficiant déjà de ressources insuffisantes, a dû faire face à des défis importants pour s'adapter aux restrictions de santé publique propres à la COVID-19[150]. Selon un évaluateur, bien que les services de soins de courte durée aient été largement maintenus pendant la pandémie, « l'interruption des services communautaires qui aident à maintenir le rétablissement et le bien-être a vraiment été dévastatrice pour les personnes ayant une grave maladie mentale[151] ». Le continuum des soins de santé mentale communautaires est étendu et comprend des programmes offerts par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), un réseau croissant de carrefours intégrés pour les jeunes, de services ambulatoires en milieu hospitalier (p. ex. traitement communautaire dynamique et soutien au logement) et de vastes services spécialisés en santé mentale fournis tout au long de la vie et répondant aux besoins de la population.

Le secteur est composé de nombreux petits organismes, dont la dépendance à l'égard des subventions et du financement communautaire a gravement entravé les activités pendant la pandémie. L'ACSM s'attend à ce que les fonds fédéraux nécessaires pour permettre aux groupes communautaires de passer aux services en ligne ne soient pas suffisants[152]. Bien que certaines mesures fédérales, comme les subventions communautaires et le programme de subventions salariales (combinées aux ressources ajoutées par les provinces), semblent avoir aidé à combler certaines lacunes, aucune analyse exhaustive de la capacité globale du secteur à répondre au besoin de soins n'a encore été entreprise.

Les mesures de distanciation sociale ont également posé de nombreux défis quant au maintien de l'accès aux services de santé communautaire pour les personnes ayant une grave maladie mentale, y compris les programmes de jour, le soutien par les pairs, les consultations sur les questions de logement et de soutien du revenu, simplement parce que certains services sont devenus plus difficiles d'accès en raison des mesures de santé publique et des défis liés au maintien d'une distanciation sociale adéquate.[153,154]. L'ACSM a souligné ce qui suit :

> « De nombreux organismes du secteur de la santé mentale et des dépendances ont dû limiter ou suspendre les programmes et services en personne à un moment où les demandes de soutien augmentent. Par conséquent, de nombreuses personnes ayant des maladies ou des problèmes associés à la santé mentale ont perdu l'accès au soutien et aux programmes, ainsi qu'aux routines et aux liens qui favorisent leur bien-être et leur rétablissement[155]. »

Ces difficultés supplémentaires ont eu un impact sur la capacité des services de santé mentale communautaires à répondre aux besoins de santé mentale du public, et en particulier aux besoins des personnes souffrant de graves problèmes ou maladies associés à la santé mentale.

Les données d'un sondage international réalisé en avril et en mai 2020 suggèrent que les personnes ayant une grave maladie mentale ont eu de la difficulté à trouver un psychiatre ou un médecin prescripteur ainsi que des médicaments sur ordonnance au début de la pandémie de COVID-19[156,157]. De plus, pour un ensemble complexe de raisons, certains groupes de population, y compris les personnes racialisées et à faible revenu, ont utilisé moins de services de deuxième niveau, comme les psychologues, et les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale ont souvent été négligées en raison de leurs besoins distincts de programmes communautaires et de promotion de la santé de premier et de deuxième niveaux[158].

« J'ai un ami qui souffre d'un grave trouble bipolaire et qui prend des médicaments liquides. Il y a environ une semaine, il a laissé tomber par terre une ordonnance en sortant de la pharmacie, la rendant inutilisable. Il est donc retourné à la pharmacie pour la faire renouveler, mais apparemment, le médicament qu'il prend est en telle pénurie à cause de la COVID qu'il a dû attendre quatre semaines pour l'obtenir. Il est passé d'un traitement médicamenteux à un arrêt complet des médicaments pendant un mois, ce qui a eu des effets considérables sur sa vie personnelle, son travail et sa vie professionnelle, ainsi que sur sa capacité à fonctionner. » [traduction]

– Membre du Conseil des jeunes de la CSMC

« D'une certaine manière, la COVID-19 a augmenté l'accessibilité aux services mais, d'un autre côté, il y a beaucoup de gens qui ne bénéficient pas des services virtuels. » [traduction]

– Membre du Conseil des jeunes de la CSMC

SOINS VIRTUELS

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la prestation de services virtuels a pris une importance considérable. Bien que la situation ait donné lieu à des innovations importantes et probablement durables pour le deuxième palier de soins, la télémédecine ou les approches en ligne ne répondent peut-être pas aux besoins des personnes ayant une grave maladie mentale qui ne sont pas toujours en mesure d'accéder à ces ressources, qui ont des difficultés à maîtriser l'informatique ou qui ont des besoins qui vont au-delà des séances virtuelles[159]. Selon les experts, les rendez-vous en personne auprès d'un fournisseur de services de santé mentale sont essentiels pour les personnes ayant une grave maladie mentale afin de faire des évaluations continues, de leur fournir des services et des traitements, ainsi que de surveiller leur bien-être général[160,161]. Il est essentiel de maintenir les rendez-vous en face à face tout au long de la pandémie de COVID-19, et les psychologues et les psychiatres auront besoin de ressources et de soutien appropriés pour être en mesure de maintenir la continuité des soins pour les personnes ayant une grave maladie mentale.

«C'est la pire chose pour la santé mentale d'une personne. Le téléphone ne remplace pas les yeux d'une personne. Je n'arrive pas à voir le bout du tunnel. Je m'ennuie des groupes dont je fais partie. Je voudrais savoir pourquoi ceci nous arrive. »

— Nadia, Our Voice/Notre Voix Septembre 2020

SERVICES DE SOUTIEN PAR LES PAIRS ET EXPÉRIENCES VÉCUES

Comme nous l'avons déjà mentionné, les programmes de soutien par les pairs constituent une source importante de soutien pour les personnes ayant une grave maladie mentale. Ils représentent également une composante de plus en plus importante du secteur de la santé mentale communautaire. La distanciation sociale et les obstacles à l'accès à ces services ont exacerbé l'isolement et la solitude des personnes ayant une grave maladie mentale[162]. Lors des consultations de la CSMC auprès de personnes ayant vécu la maladie mentale, 29 % des participants ont mentionné les obstacles à la création de communautés de soins comme étant une préoccupation importante, tandis que 43 % d'entre eux ont noté que la transition vers les services virtuels, bien que bénéfique, a également accentué le fossé numérique et laissé certaines personnes pour compte[163].

« L'accès au renforcement des capacités pour que les gens puissent créer leurs propres communautés de soins et de défense des droits est inégal. Et en raison de la pandémie en cours, ces obstacles sont amplifiés. » [traduction]

– Eugène LeBlanc, Groupe du corridor de la CSMC

Au-delà des services de soutien par les pairs et de la défense des intérêts, nos consultations et recherches n'ont trouvé aucune donnée probante permettant de savoir dans quelle mesure les perspectives des personnes ayant vécu la maladie mentale ont été prises en compte, ni dans quelle mesure ces personnes ont été consultées ou ont directement participé aux changements que les services de santé mentale institutionnels et communautaires ont dû apporter pour répondre aux protocoles de lutte contre la COVID-19. Pourtant, dès le début, les défenseurs ont demandé que l'expérience vécue soit prise en compte dans la recherche sur l'impact de la COVID-19 sur les personnes ayant une maladie mentale, la prestation de services et la planification de la réponse à leurs besoins[164]. Selon un évaluateur, en raison du manque d'intérêt pour la question et de l'absence d'approches de soins de santé mentale centrées sur la personne, la participation des personnes ayant une grave maladie mentale pourrait avoir été négligée[165].

« La COVID-19 a dressé davantage d'obstacles à l'obtention d'aide, et donc, l'appel à la transformation du système de santé mentale tout en maintenant sa pertinence devrait être une priorité dans ce dossier. Je pense que l'appel à un nouveau type de main-d'œuvre sur le terrain en santé mentale est proche. Autrement, bon nombre de personnes seront laissées pour compte. Pour certains, l'aide obtenue en maintenant la distanciation sociale n'est pas une forme de contact susceptible de préserver leur santé mentale. » [traduction]

– Eugène LeBlanc, Groupe du corridor de la CSMC

FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE

Les professionnels de la santé mentale de première ligne sont au cœur de services intensifs qui sont souvent des milieux chargés d'émotions et très stressants[166,167]. Le début de la pandémie de COVID-19 a

augmenté le stress de ces professionnels en raison de l'utilisation accrue de la technologie virtuelle et des répercussions sur la capacité, comme l'ont exprimé lors de consultations 43 % des participants ayant vécu la maladie mentale[168, 169]. Le stress, l'épuisement professionnel et l'usure de compassion peuvent souvent avoir un impact sur les services de santé mentale que les patients reçoivent et leur niveau de satisfaction, entraînant une certaine tendance cyclique[170, 171]. Une étude financée par les IRSC sur la main-d'œuvre en santé mentale est en cours dans le cadre d'une collaboration entre la CSMC et l'Université d'Ottawa, laquelle pourrait indirectement fournir des informations supplémentaires sur l'impact des services du point de vue des fournisseurs individuels et de leur propre santé mentale.

Recommandations prioritaires pour l'élaboration de politiques

1. Travailler avec les chercheurs et les bailleurs de fonds pour effectuer une évaluation structurée et systématique de l'impact de la COVID-19 sur les personnes ayant une grave maladie mentale, en commençant par l'élaboration d'un programme commun de recherche sur les politiques, l'identification des partenaires et l'établissement de partenariats.
2. Financer et soutenir les groupes de soutien par les pairs pour recueillir, publier et diffuser les récits d'expériences vécues pendant la pandémie.
3. Coordonner les groupes de soutien par les pairs, les programmes communautaires de santé mentale et les services psychiatriques afin d'entreprendre des recherches solides pour mieux comprendre l'expérience commune de l'isolement social pendant la pandémie chez les personnes ayant une grave maladie mentale.
4. Élaborer, renforcer et intégrer des lignes directrices pancanadiennes pour maintenir et intégrer une pratique axée sur le rétablissement, fondée sur les forces et centrée sur les personnes afin de réduire l'impact des futures pandémies sur les personnes ayant une grave maladie mentale. Ces lignes directrices doivent porter sur les politiques et les pratiques des établissements, des systèmes régionaux et provinciaux de santé mentale et des autorités de santé publique.
5. Faire participer de manière significative les personnes qui ont souffert de graves maladies mentales à la planification et à l'élaboration des politiques relatives au système et aux services de santé mentale après la pandémie, ainsi qu'à l'élaboration de stratégies de promotion de la santé mentale à l'échelle communautaire, provinciale et nationale.
6. Financer et soutenir une initiative distincte qui se concentre sur les lacunes et les problèmes liés aux soins virtuels pour les personnes qui ont besoin de services intensifs spécialisés.
7. Évaluer, à partir d'analyses fondées sur l'équité en matière de santé ainsi que sur le sexe et le genre, les déterminants sociaux de la santé auxquels doivent faire face les personnes ayant une grave maladie mentale dans le cadre de diverses politiques, dans le but de réduire les inégalités vécues pendant la pandémie, notamment les politiques en matière de logement, de lutte contre le racisme, de revenu et de sécurité alimentaire.
8. Soutenir et renforcer les efforts de communication pour mettre en évidence l'impact du manque de ressources consacrées à la santé mentale et l'importance de la parité en matière de santé mentale, de même que pour partager les leçons apprises pendant la pandémie.

Références

[1] Organisation des Nations Unies (2020). *Note de synthèse : Nécessité de tenir compte de la santé mentale dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.* http://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief-covid_et_sante_mentale.pdf.

[2] Comité permanent interorganisations (2020). *Note d'information provisoire : Prise en compte des aspects psychosociaux et de santé mentale de l'épidémie de Covid-19.* Version 1.1. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28French%29_0.pdf.

[3]Association canadienne pour la santé mentale (15 mars 2021). *Third poll in CMHA Ontario series indicates mental health impact of COVID-19 at all-time high* (communiqué de presse). https://ontario.cmha.ca/news/third-poll-in-cmha-ontario-series-indicates-mental-health-impact-of-covid-19-at-all-time-high/.

[4] Recherche en santé mentale Canada (sans date). *Sondage national sur l'impact de la COVID : 7 sondages de notre série nationale de 12 sondages.* https://www.mhrc-rsmc.ca/sondage-national-sur-covid.

[5] Ipsos (4 mars 2021). *Six in ten Canadians (60%) currently experiencing mental health issues, but more than half (54%) haven't sought treatment* (communiqué de presse). https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/six-in-ten-canadians-currently-experiencing-mental-health-issues-but-more-than-half-havent-sought-treatment.

[6] Collie, M. (3 juin 2020). *11 million Canadians could experience 'high levels of stress' due to COVID-19: Health Canada*. *Global News* : https://globalnews.ca/news/6906456/coronavirus-stress-mental-health-canada/.

[7] Commission de la santé mentale du Canada et Nanos (avril 2020). *Canadians report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19*. https://www.mentalhealthcommission.ca/English/media/4328.

[8] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (3 juin 2020). *Étude sur la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19*. https://sencanada.ca/fr/comites/SOCI/Avisdeconvocation/541232/43-1.

[9] Rains, L.S., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J.J., Carr, S., Taylor, B.L., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H.R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Zainab, D., Oram, S., Morant, S., et Simpson, A. (2021). *Early Impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and people with mental health conditions: Framework synthesis of international experiences and responses*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56*(1)*,* 13-24*.* https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7.

[10] Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Léger (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire.* https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-04/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_fr.pdf.

[11] Commission de la santé mentale du Canada (2017). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4412.

[12] National Institute of Mental Health. *Mental Health Information.* Paragraphe 4 : https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml.

[13] Lesage, A.D. (2010). *Contribution of psychiatric epidemiology to the study of the adult severely mentally ill*. Dans J. Carney et D.L. Streiner (édit.), *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective* (p. 144-169). University of Toronto Press. https://utorontopress.com/9780802094421/mental-disorder-in-canada/.

[14] National Initiative for Eating Disorders (2020). *Eating disorders in Canada*. https://nied.ca/about-eating-disorders-in-canada/.

[15] McCreadie, R.G. (2003). *Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: Descriptive study*. *British Journal of Psychiatry*, vol. *183,* n° 6, p. 534-539. https://doi.org/10.1192/03-162.

[16] Centers for Disease Control and Prevention (octobre 2012). *Mental health and chronic diseases (Issue Brief No. 2)*. https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/tools-resources/pdfs/issue-brief-no-2-mental-health-and-chronic-disease.pdf.

[17] Hartz, S.M., Pato, C.N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J.L., Knowles, J.A., Bierut, L.J., et Pato, M.T. (2014). *Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use*. *JAMA Psychiatry*, vol. *71, nº* 3, p. 248-254. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3726.

[18] Sheidow, A.J., McCart, M., Zajac, K., et Davis, M. (2012). *Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions*. *Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 35, nº* 3, p. 235-243. https://doi.org/10.2975/35.3.2012.235.243.

[19] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.* https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHNationalFindingsReport2018/NSDUHNationalFindingsReport2018.pdf.

[20] Canada. Affaires intergouvernementales (2020). *Accord sur la relance sécuritaire*. https://www.canada.ca/fr/affaires-intergouvernementales/services/accord-relance-securitaire.html.

[21] Smith, C. (3 mai 2020). *Prime Minister Justin Trudeau announces $240.5 million in funding for virtual mental health supports and services*. Georgia Straight : www.straight.com/living/prime-minister-justin-trudeau-announces-2405-million-in-funding-for-virtual-mental-health.

[22] Emploi et Développement social Canada (2020). *Fonds d'urgence pour l'appui communautaire.* https://www.canada.ca/fr/services/prestations/fond-soutien-commuautaire-urgence.html.

[23] Canada. Entreprises et industrie (2021). *Subvention salariale d'urgence du Canada (SSUC)*. https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/subvention/subvention-salariale-urgence.html.

[24] Santé Canada (15 avril 2020). *Le gouvernement du Canada aide les Canadiens à accéder à des services favorisant le mieux-être mental pendant la pandémie de COVID-19*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2020/04/le-gouvernement-du-canada-aide-les-canadiens-a-acceder-a-des-services-favorisant-le-mieux-etre-mental-pendant-la-pandemie-de-covid-190.html.

[25] Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (sans date). *Provincial and territorial government mental health supports for COVID-19*. https://www.camimh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Mental-Health-Supports-%E2%80%93-COVID-19_2020_final-2.pdf.

[26] Hamada, K., et Fan, X. (27 mai 2020). *The impact of COVID-19 on individuals living with serious mental illness*. *Schizophrenia Research.* https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.054.

[27] Communication informelle avec les responsables des programmes provinciaux et territoriaux en santé mentale et dépendances.

[28] Emploi et Développement social Canada (2020). *Fonds d'urgence pour l'appui communautaire.*

[29] Emploi et Développement social Canada (12 janvier 2021). *Le Gouvernement fédéral investit près de 40 millions de dollars supplémentaires pour répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir pendant la pandémie de COVID-19.* Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2021/01/le-gouvernement-federal-investit-pres-de-40-millions-de-dollars-supplementaires-pour-repondre-aux-besoins-des-personnes-en-situation-ditinerance-ou.html.

[30] Geller, J.L., et Daou, M.A.Z. (7 avril 2020). *Patients with SMI in the age of COVID-19: What psychiatrists need to know*. *Psychiatric News.* https://doi.org/10.1176/appi.pn.2020.4b39.

[31] Commission de la santé mentale du Canada (juin 2020). *COVID-19 et santé mentale : Réponses stratégiques et enjeux émergents – Analyse préliminaire.* https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4345.

[32] Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (juillet 2020). *Plan d'action en santé mentale : un meilleur accès aux services de soins en santé mentale et un système plus performant au Canada.* https://cmha.ca/fr/news/plan-daction-en-sante-mentale-un-meilleur-acces-aux-services-de-soins-en-sante-mentale-et-un-systeme-plus-performant-au-canada.

[33] Association canadienne pour la santé mentale (2020). *Note de synthèse : La santé mentale dans le cadre de la lutte contre le COVID-19 COVID-19 et santé mentale : Se préparer à la pandémie subséquente.* https://cmha.ca/wp-content/uploads/2020/06/FR_COVID-19-Policy-Brief-Final.pdf.

[34] Association des psychiatres du Canada (13 juillet 2020). *COVID-19*. https://www.cpa-apc.org/fr/covid-19/.

[35] United Kingdom Royal College of Psychiatrists (2020). *Responding to COVID-19: Guidance for clinicians.* www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians.

[36] Substance Abuse and Mental Health Organisation (2020). *Coronavirus (COVID-19) – SAMHSA Resources and Information.* www.samhsa.gov/coronavirus.

[37] Best, M. (22 juin 2020). *CIHR Knowledge Synthesis: Examining the Efficacy of Evidence-Based Psychosocial Interventions for Schizophrenia-Spectrum Disorders Delivered Through Virtual Care*. Université de Toronto. https://covid19mentalhealthresearch.ca/best_cihr-knowledge-synthesis_final-2020-11-23-pdf/.

[38] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020).

[39] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (2020). *Kia kaha, kia māia, kia ora aotearoa: COVID-19 psychosocial and mental wellbeing recovery plan.* Wellington. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/new_zealand_ministry_health.pdf.

[40] O'Shea, N. (octobre 2020). *Covid-19 and the nation's mental health: Forecasting needs and risks in the UK: October 2020.* Centre for Mental Health UK. https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/publication/download/CentreforMentalHealth_COVID_MH_Forecasting3_Oct20_0.pdf.

[41] Geller et Daou. (2020).

[42] Shinn, A.K., et Viron, M. (2020). *Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with serious mental illness*. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. *81, n°* 3, p. 20. https://doi.org/10.4088/JCP.20com13412.

[43] Geller et Daou. (2020).

[44] National Institute on Drug Abuse. (7 juillet 2020). *COVID-19 : Potential implications for individuals with substance use disorders.* https://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2020/04/covid-19-potential-implications-individuals-substance-use-disorders.

[45] Brown, E., Gray, R., et Lo, M.S. (6 mai 2020). *The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research*. *Schizophrenia Research.* https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005.

[46] Geller et Daou. (2020).

[47] Hamada et Fan. (2020).

[48] Shah, M., Sachdeva, M., et Johnston, H. (29 mai 2020). *Eating disorders in the age of COVID-19*. *Psychiatry Research*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113122.

[49] Commission de la santé mentale du Canada (2011). *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.* https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/PrimaryCare_Turning_the_Key_Full_FRE_1.pdf.

[50] Too, L.S., Leach, L, et Butteworth, P. (mai 2020). *Mental health problems and internet access: Results from an Australian national household survey. JIMR Publications*. https://doi.org/10.2196/14825.

[51] Rose, N., Manning, N., Bentail, R., Bhui, K., Burgess, R., Carr, S., Cornish, F., Devakumar, D., Dowd, B.J., Ecks, S., Faulkner, A., Keene, A.R., Kirkbride, J., Knapp, M., Lovell, A.M., Martin, P., Moncrieff, J., Parr, H., Pickersgill, M., Richardson, G., et Sheard, S. (13 juillet 2020). *Open letter: The social underpinnings of mental distress in the time of COVID 19 – time for urgent action. Wellcome Open Research.* https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16123.1.

[52] Organisation des Nations Unies (2020).

[53] Comité permanent interorganisations (2020).

[54] Rajkumar, R.P. (avril 2020). *COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry.* 10.1016/j.ajp.2020.102066.

[55] O'Shea (2020).

[56] Guessoum, S.B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., et Moro, M.R. (2020). *Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. Psychiatry Research*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264.

[57] Commission de la santé mentale du Canada (2011).

[58] Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Aubry, T., Nelson, G., MacNaughton, E., Streiner, D., Rabouin, D., Ly, A., Powell, G. (2014). *Rapport final du projet pancanadien Chez Soi*. Commission de la

santé mentale du Canada
https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3414.

[59] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020).

[60] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020).

[61] Westoll, N. (29 avril 2020). *City of Toronto to spend $47.5M to build 250 supportive modular housing units. Global News*. https://globalnews.ca/news/6883855/toronto-modular-housing-units/.

[62] Druss, B.G. (3 avril 2020). *Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness*. *JAMA Psychiatry.* https://doi.org/1001/jamapsychiatry.2020.0894.

[63] Kozloff, N., Mulsant, B.H., Stergiopoulos, V., et Voineskos, A.N. (juillet 2020). *The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders*. *Schizophrenia Bulletin*, vol. *46, nº* 4, p. 752-757. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051.

[64] Ferreira, J. (22 mai 2020). *The toll COVID-19 is taking on Canada's homeless*. CTV News. https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/the-toll-covid-19-is-taking-on-canada-s-homeless-1.4950722.

[65] Bain, B., Dryden, O., Walcott, R. (21 avril 2020). *COVID-19 discriminates against black lives via surveillance, policing and lack of data: U of T experts. University of Toronto News*. www.utoronto.ca/news/covid-19-discriminates-against-black-lives-surveillance-policing-and-lack-data-u-t-experts.

[66] Moyser, M. (2 septembre 2020). *La santé mentale des groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada dans le contexte de la pandémie de COVID-19.* Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00077-fra.htm.

[67] Commission de la santé mentale du Canada (2019). *Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé*. https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4239.

[68] Hunter, M. (31 mai 2020). *Poverty and the pandemic: It's worse at the margins. Toronto Star*. www.thestar.com/opinion/contributors/2020/05/31/poverty-and-the-pandemic-its-worse-at-the-margins.html.

[69] Hunter, M. (2020). *Poverty and the pandemic: It's worse at the margins.*

[70] Chan, W., et Chunn, D. (2014). *Racialization, crime, and criminal justice in Canada. University of Toronto Press.* https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=rDkMBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Racialization,+crime,+and+criminal+justice+in+Canada&ots=iWfWsseOZq&sig=FkwymVDfqDNmsrl6vRSztwjZS3U#v=onepage&q&f=false.

[71] Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K., Bhui, K., Halvorsrud, K., Pilling, S., et Smith, S. (2019). *Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: A systematic review and meta-analysis of international data. Lancet Psychiatry*, vol. 6, *nº* 4, p. 305-317. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30027-6.

[72] Ghabrial, M.A. (2017). *Trying to figure out where we belong: Narratives of racialized sexual minorities on community, identity, discrimination, and health. Sexuality Research and Social Policy*, vol. *14, nº* 1, p. 42-55. https://doi.org/10.1007/s13178-016-0229-x.

[73] Giwa, S., et Greensmith, C. (15 février 2012). *Race relations and racism in the LGBTQ community of Toronto: Perceptions of gay and queer social service providers of color. Journal of Homosexuality*, vol. *59, nº* 2, p. 149-185. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.648877.

[74] Daoud, N., O'Brien, K., O'Campo, P., Harney, S., Harney, E., Bebee, K., Bourgeois, C., et Smylie, J. (14 février 2019). *Postpartum depression prevalence and risk factors among Indigenous, non-Indigenous and immigrant women in Canada. Canadian Journal of Public Health*, vol. *110, nº* 4, p. 440-452. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00182-8.

[75] Commission de la santé mentale du Canada (2019).

[76] Davies, S., Thornicroft, G., Leese, M., Higgingbotham, A., et Phelan, M. (2 mars 1996). *Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. BMJ*, vol. 312, *nº* 7030, p. 533-537. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7030.533.

[77] Statistique Canada (17 septembre 2020). *Expérience de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm.

[78] Davenport, M.H., Meyer, S., Meah, V.L., Strynadka, M.C., et Khurana, R. (19 juin 2020). *Moms are not OK: COVID-19 and maternal mental health. Frontiers in Global Women's Health*. https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001.

[79] Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Commission de la santé mentale du Canada (6 mai 2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 :* le genre et la taille du ménage. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_2_fr.pdf.

[80] Gautam, G., et Kelly, B.D. (2 juin 2020). *Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? International Journal of Law and Psychiatry.* https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594.

[81] Centre for Excellence for Women's Health (2020). *COVID-19, substance use, and intimate partner violence.* https://bccewh.bc.ca/featured-projects/covid-19-substance-use-and-intimate-partner-violence/.

[82] Seeman, M.V. (9 novembre 2018). *Women who suffer from schizophrenia: Critical issues. World Journal of Psychiatry.* https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i5.125.

[83] Darves-Bornoz, J.M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., et Gaillard, P. (1995). *Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. *30, nº* 2, p. 78-84. https://doi.org/10.1007/BF00794947.

[84] Sukhera, J. (12 juin 2020). *How to support youth mental health during COVID-19*. www.healthing.ca/diseases-and-conditions/coronavirus/how-to-support-kids-and-teens-mental-health-during-the-covid-19.

[85] Arsenault, M. (20 mai 2020). *How COVID-19 is impacting youth's mental health.* CTV News Winnipeg. https://winnipeg.ctvnews.ca/how-covid-19-is-impacting-youth-s-mental-health-1.4947740.

[86] Gervais, L.M, et Cirino, M.B. (20 avril 2020). *Éclosion de cas de COVID-19 à l'Institut psychiatrique Douglas*. *Le Devoir*. www.ledevoir.com/societe/sante/577982/eclosion-de-covid-19-a-l-institut-psychiatrique-douglas.

[87] Centre de toxicomanie et de santé mentale (2020). *Pandemic impacting the mental health of young people in Ontario*. https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/pandemic-impacting-the-mental-health-of-young-people-in-ontario.

[88] Cost, K.T., Crosbie, J., Anagnostou, E., Birken, C.S., Charach, A., Monga, S., Kelley, E., Nicolson, R., Maguire, L., Burton, L.C., Schachar, J.R., Arnold, D.P., et Korczak J.D. (26 février 2021). *Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry.* https://doi.org/10.1007/s00787-021-01744-3.

[89] Tombeau-Cost, K., Crosbie, J., Anagnostou, E. (février 2021). *Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. European Child and Adolescent Psychiatry.* https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01744-3.

[90] Hamm, M., Brown, P., Karp, J., Lenard, E., Cameron, F., Dawdani, A., Lavretsky, H., Miller, P.J., Mulsant, B., Pham, V., Reynolds, C., Roose, S., et Lenze, E. (2020). *Experiences of American older adults with pre-existing depression during the beginnings of the COVID-19 pandemic: A multicity, mixed-methods study. The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. *28, nº* 9, p. 924. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.013.

[91] Commentaires de l'Association des psychiatres du Canada, 19 avril 2021.

[92] Li, H., et Huynh, D. (25 mai 2020). *Long-term social distancing during COVID-19: A social isolation crisis among seniors? CMAJ, vol. 192, nº* 21. https://doi.org/10.1503/cmaj.75428.

[93] Dunning, J., et Sinha, S.K. (2020). *The NIA's recommended 'iron ring' for protecting older Canadians in long-term care and congregate living settings.* Ryerson University. https://www.nia-ryerson.ca/covid-19-long-term-care-resources.

[94] Seitz, D., Purandare, N., et Conn, D. (novembre 2010). *Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. International Psychogeriatrics, vol. 22, nº* 7, p. 1025-1039. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20522279.

[95] Dunning et Sinha. (2020).

[96] Commission de la santé mentale du Canada (sans date). Ancien Comité consultatif sur les aînés. https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/former-advisory-committee/ancien-aines-cc.

[97] Eckardt, J.P. (août 2020). *Caregivers of people with severe mental illness in the COVID-19 pandemic*. *Lancet Psychiatry*. https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30252-2.pdf.

[98] Muruganandam, M., Neelamegam, S., Menon, V., Alexander, J., et Chaturvedic, S.K. (2020). *COVID-19 and severe mental illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. Psychiatry Research,* p. 4. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113265. [traduction]

[99] Commission de la santé mentale du Canada (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-01/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_fr.pdf.*

[100] Comité permanent interorganisations (2020).

[101] Burgess, R. (4 mai 2020). *COVID-19 mental-health responses neglect social realities. Nature.* https://www.nature.com/articles/d41586-020-01313-9.

[102] Siriwardhana, C., Ali, S.S., Roberts, B., et Stewart, R. (20 août 2014). *A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. Conflict and Health, vol. 8, n°* 1, p. 13. https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13.

[103] Linz, S.J., et Sturm, B.A. (2013). The phenomenon of social isolation in the severely mentally ill. *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. *49, n°* 4, p. 243-254. https://doi.org/10.1111/ppc.12010.

[104] Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., et Hutton, P. (2018). *Loneliness in psychosis: A meta-analytical review. Schizophrenia Bulletin, vol. 44, n°* 1, p. 114-125. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx036.

[105] Hamada et Fazn. (2020).

[106] Commission de la santé mentale du Canada (2013). Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-06/peer_support_guidelines_fr.pdf.

[107] Costa, M., Pavlo, A., Reis, G., Ponte, K., et Davidson, L. (3 septembre 2020). *COVID 19 concerns among persons with mental illness. Psychiatric Services*. Brefs rapports. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000245.

[108] Rethink Mental Illness. (sans date). *Guidance on changes to the Mental Health Act*. https://www.rethink.org/advice-and-information/covid-19-support/nhs-guidance-on-temporary-changes-to-the-mental-health-act-due-to-coronavirus/.

[109] Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et Académie canadienne de gérontopsychiatrie (22 février 2021). *Position statement for mental health care in long-term care during COVID-19*. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/02/FEB-22-JM-Mental-Health-in-LTC-Position-Statement-Feb22_Accepted.pdf.

[110] V. Huehn, communication personnelle, avril 2021. [traduction]

[111] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020).

[112] Organisation des Nations Unies (2020).

[113] Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2021).

[114] Organisation des Nations Unies (2020).

[115] BBC News. (27 juin 2020*). Coronavirus and psychiatric hospitals: 'Staff are scared, patients are scared'.* https://www.bbc.com/news/av/health-52943524.

[116] D'Agostino, A., Demartini, B., Cavallotti, S., et Gambini, O. (mai 2020). *Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry, vol. 7, n°* 5, p. 385-387. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30133-4.

[117] Organisation des Nations Unies (2020).

[118] Belle, E. (30 juin 2020). *We can't forget about psychiatric hospitals during the COVID-19 outbreak*. HealthLine. https://www.healthline.com/health/mental-health/psychiatric-hospitals-during-covid-19.

[119] Brody, B.D., Parish, S.J., Kanellopoulos, D., et Russ, M.J. (2020). *A COVID-19 testing and triage algorithm for psychiatric units: One hospital's response to the New York region's pandemic. Psychiatry Research, vol. 291, n°* 1132. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113244.

[120] American Psychiatric Association. (13 octobre 2020). *Practice guidance for COVID-19.* https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus/practice-guidance-for-covid-19.

[121] Waypoint Centre for Mental Health Care (27 juillet 2020). *How Waypoint is responding to COVID-19.* https://www.waypointcentre.ca/news events/around waypoint/how waypoint is responding to c o v i d-19.

[122] Gerster, J. (27 mars 2020). *Patients worry after coronavirus prompts closure of "life-saving" addiction program*. *Global News*. https://globalnews.ca/news/6734888/coronavirus-addiction-treatment/.

[123] Évaluateur de RPS Canada, communication personnelle, avril 2021.

[124] Évaluateur de l'Association des psychiatres du Canada, communication personnelle, avril 2021.

[125] Gerster, J. (2020). *Patients worry after coronavirus prompts closure of "life-saving" addiction program.*

[126] Zadorsky, C. (1er mai 2020). *"Is anyone ever going to help me?" Mental health patient in crisis released from hospital more than once.* CTV News London. https://london.ctvnews.ca/is-anyone-ever-going-to-help-me-mental-health-patient-in-crisis-released-from-hospital-more-than-once-1.4920911?cache=yqvhnfypsxbz.

[127] Mad Covid. (27 avril 2020). *Difficulties accessing, reviewing and monitoring medication during COVID19: Is compromising the safety of people using mental health services and increasing their anxiety.* https://madcovid.wordpress.com/2020/04/27/difficulties-accessing-reviewing-and-monitoring-medication-during-covid19-is-compromising-the-safety-of-people-using-mental-health-services-and-increasing-their-anxiety/.

[128] Waypoint Centre for Mental Health Care (2020).

[129] Évaluateur de RPS Canada, communication personnelle, avril 2021.

[130] Pelletier, J., Houle, J., Goulet, M., Juster, R., Giguère, C.E., Bordet, J., Hénault, I., Lesage, A., De Benedictis, L., Denis, F., et Ng, R. (18 décembre 2020). *Online and recovery-oriented support groups facilitated by peer support workers in times of COVID-19: Protocol for a feasibility pre-post study. JMIR Research* Protocols, vol. 9, *nº* 12. https://doi.org/10.2196/22500.

[131] Nasrallah-Massaad, R. (sans date). *Mental health during COVID-19: Examining the role of peer support services. Telfer School of Management, University of Ottawa*. https://telfer.uottawa.ca/en/research/innovative-thinking-rss/mental-health-during-covid-19-examining-the-role-of-peer-support-services/.

[132] Pringle, J. (6 avril 2020). *The Royal opens temporary clinic to provide mental health services during COVID-19 pandemic*. CTV News. https://ottawa.ctvnews.ca/the-royal-opens-temporary-clinic-to-provide-mental-health-services-during-covid-19-pandemic-1.4884306.

[133] Organisation des Nations Unies (2020).

[134] Comité permanent interorganisations (2020).

[135] Rajkumar, R.D. (2020).

[136] Kim, M.J. (29 février 2020). *How a South Korean psychiatric ward became a "medical disaster" when coronavirus hit. Washington Post*. www.washingtonpost.com/world/asia_pacific/how-a-south-korean-psychiatric-ward-became-a-medical-disaster-when-coronavirus-hit/2020/02/29/fe8f6e40-5897-11ea-8efd-0f904bdd8057_story.html.

[137] D'Agostino, et autres (2020).

[138] Gervais et Cirino. (2020).

[139] Entrevue auprès d'un informateur clé, communication personnelle, mai 2020.

[140] Rajkumar, R.D. (2020).

[141] McMurray, L., et Steiner, W. (2000). *Natural disasters and service delivery to individuals with severe mental illness — Ice storm 1998. Canadian Journal of Psychiatry, vol. 45, nº* 4, p. 383-385. https://doi.org/10.1177/070674370004500408.

[142] Shi, Y., Wang, J., Yang, Y., Wang, Z., Wang, G., Hashimoto, K., Zhang, K., Liu, H. (2020). *Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. Brain, Behavior, & Immunity-Health, vol. 4.* https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100064.

[143] Groupe du corridor et Conseil des jeunes, septembre 2020.

[144] Évaluateur de RPS Canada, communication personnelle, avril 2021.

[145] Restraint Reduction Network. (sans date). *The impact of the Covid-19 pandemic and lockdown on restrictive practices*. https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2020/07/Final_Edited_The_Impact_of_the_Covid_Pandemic_-_RRN_SURVEY_REPORT23.06.pdf.

[146] Dhand, R., Szigeti, A., Kotob, M., Kennedy, M., et Ye, R. (2020). *Litigating in the time of coronavirus: Mental health tribunals' response to COVID-19. Windsor Law School-Yearbook of Access to Justice, vol. 37.* https://doi.org/10.22329/wyaj.v37i0.6565.

[147] Brown, C., Keene, A.R., Hooper, C.R., et O'Brien, A. (2020). *Isolation of patients in psychiatric hospitals in the context of the COVID-19 pandemic: An ethical, legal, and practical challenge. International Journal of Law and Psychiatry*, p. 10. https://pmlegacy.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205628/. [traduction]

[148] Brown et autres (2020).

[149] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020), p. 8.

[150] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020).

[151] V. Huehn, communication personnelle, avril 2021. [traduction]

[152] Association canadienne pour la santé mentale (2020).

[153] Kozloff, et autres (2020).

[154] Geller et Daou (2020).

[155] Association canadienne pour la santé mentale (2020). [traduction]

[156] National Health Service (2020). *COVID-19 and psychotropic medication*. www.iris-initiative.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-psychotropic-medication.pdf.

[157] Mad Covid (2020).

[158] Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2020).

[159] Hamer, E. (31 mars 2020). *'It does work': Mental health providers adjust to virtual care during COVID-19 Pandemic. Wisconsin State Journal*. https://madison.com/wsj/news/local/health-med-fit/it-does-work-mental-health-providers-adjust-to-virtual-care-during-covid-19-pandemic/article_09fd1116-bd7f-5408-8ccd-8d6789533af1.html.

[160] Geller et Daou (2020).

[161] Kozloff, et autres (2020).

[162] Kozloff, et autres (2020).

[163] Groupe du corridor et Conseil des jeunes, septembre 2020. Consultation.

[164] Bryne, L. (2020). *A role for lived experience mental health leadership in the age of Covid-19. Journal of Mental Health, nº 29*, p. 3. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2020.1766002.

[165] Akhtar, N., Forchuk C., McKay, K.A., Fisman, S., et Rudnick, A. (2020). *handbook of person-centered mental health care*. Hogrefe. https://cjpl.ca/revhpcmental.html.

[166] Lemieux-Cumberlege, A., et Taylor, E.P. (2019). *An exploratory study on the factors affecting the mental health and well-being of frontline workers in homeless services. Health & Social Care in the Community*, vol. *27, nº* 4, p. e367-e378. https://doi.org/10.1111/hsc.12738.

[167] Ray, S.L., Wong, C., White, D., et Heaslip, K. (2013). *Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. Traumatology*, vol. *19, nº* 4, p. 255-267. https://doi.org/10.1177/1534765612471144.

[168] Groupe du corridor et Conseil des jeunes, septembre 2020. Consultation.

[169] Spoorthy, M.S., Pratapa, S.K., et Mahant, S. (2020). *Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic–A review. Asian Journal of Psychiatry*, vol. 51. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119.

[170] Groupe du corridor et Conseil des jeunes, septembre 2020. Consultation.

[171] Ray et autres (2013).

Commission de la santé mentale du Canada

Mental Health Commission of Canada

Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

@CSMC_MHCC /theMHCC /1MHCC @theMHCC
/Mental Health Commission of Canada