



Répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et l'usage de substances dans les communautés rurales et éloignées



This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada (2021). *Répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et l'usage de substances dans les communautés rurales et éloignées*. Ottawa, 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 : 978-1-77318-266-7

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du 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) reconnaît qu'elle exerce ses activités principalement sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation algonquine anishinabe, dont la présence 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. Il s'agit donc d'un privilège pour nous de bénéficier de leur longue tradition d'accueil de plusieurs nations sur ce magnifique territoire. Nous reconnaissons également les terres ancestrales où résident notre personnel et nos intervenants, que l'on appelle maintenant le Canada.

Nos travaux de recherche sur les politiques suivent une approche intersectionnelle tenant compte du sexe et du genre pour déceler, nommer et corriger les iniquités sur le plan social et de la santé. À cet égard, ils sont guidés par la mobilisation des divers savoirs expérientiels (et d'autres formes d'expertise), qui composent notre synthèse des connaissances et soutiennent nos recommandations stratégiques. L'apprentissage continu est au cœur de notre engagement, et à ce titre, vos commentaires sont les bienvenus.

La CSMC tient à remercier les participants à la Table ronde sur la santé communautaire de Princeton, ainsi que nos autres partenaires, les évaluateurs externes et les membres du personnel qui ont apporté leur importante et précieuse contribution à ce travail.

Partenaires

Nelly D. Oelke, Ph. D., infirmière autorisée, professeure agrégée à l'école des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique, Okanagan

Lauren Airth, infirmière autorisée, maîtrise en sciences infirmières, professeure agrégée à l'école des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique, Okanagan

Réviseurs experts

Carolyn Szostak, Ph. D., professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de la Colombie-Britannique, Okanagan

Rebecca Jesseman, M.A., directrice des politiques au Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Matthew Young, Ph. D., analyste principal de la recherche et des politiques, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Denika Ward, coordonnatrice communautaire de prévention du suicide, projet Enraciner l'espoir – Eastern Health

Tanya Wilson, conseillère principale en soins de santé, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, au nom de l'équipe du projet Enraciner l'espoir au Nouveau-Brunswick: Dr Jalila Jbilou, coordinatrice Celine Fortin, Serge Robichaud, et Dominic Bourgoïn.

Personnel de la CSMC

Katerina Kalenteridis, Francine Knoops, Dre Mary Bartram

Table des matières

Introduction	1
Objectif	1
Messages clés.....	1
Contexte.....	1
Problèmes liés au système.....	7
Stigmatisation et recherche d'aide	7
La crise des drogues toxiques	7
Logement et itinérance.....	8
Services et mesures de soutien.....	8
Résilience des communautés rurales et éloignées.....	9
Besoins diversifiés	9
Populations diversifiées	9
Femmes risquant la violence familiale	10
Considérations en lien avec les étapes de la vie	10
Accorder la priorité aux communautés rurales et éloignées et renforcer les partenariats.....	12
Reconnaître les forces et les vulnérabilités particulières	12
Offrir de l'aide en matière de soins virtuels, de technologies des communications via Internet et d'accessibilité	12
Références.....	14

Introduction

Objectif

Le présent document d'information offre un aperçu des enjeux émergents ainsi que des défis particuliers que pose la COVID-19 sur le plan de la santé mentale et de l'usage de substances pour les communautés rurales et éloignées. Il s'appuie sur une [analyse préliminaire](#) réalisée par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) au début de la pandémie et sur le document intitulé [La santé mentale dans les communautés rurales et éloignées du Canada : un résumé des données probantes sur les pratiques exemplaires et prometteuses](#) qui a été rédigé juste avant la pandémie. Le présent document d'information comprend un examen actualisé de la littérature, une section sur diverses populations et divers déterminants sociaux de la santé, de même que des recommandations et réponses stratégiques à l'échelle nationale et internationale. Il comprend également une étude de cas mettant en évidence la communauté de Princeton, en Colombie-Britannique, en collaboration avec la Table ronde sur la santé communautaire de Princeton. Ce document s'adresse d'abord aux décideurs et aux organismes des secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances qui desservent les communautés rurales et éloignées.

Messages clés

- La pandémie de COVID-19 continue d'avoir une incidence considérable sur les besoins en matière de santé mentale et d'usage de substances dans les communautés rurales et éloignées, ainsi que sur le manque croissant d'accès à des services et à des mesures de soutien adéquats et opportuns.
- Le contexte unique, l'incidence des déterminants sociaux de la santé ainsi que les considérations relatives à l'équité en matière de santé jouent un rôle majeur dans la manière dont la COVID-19 affecte ces communautés en termes de santé mentale et de l'usage de substances.
- Les provinces et les territoires ont fait preuve de rapidité en s'adaptant pour offrir des services de santé mentale et d'usage de substances virtuels novateurs. Toutefois, l'inaccessibilité des services Internet haute vitesse et des technologies de l'information et des communications (TIC) rend plus difficile de se prévaloir des services et mesures de soutien pour les personnes vivant au sein des communautés rurales et éloignées.
- La pandémie a mis à rude épreuve les ressources, les capacités et la solidarité des communautés rurales et isolées, mais elle a renforcé la résilience.
- Puisque les effets de la pandémie sur la santé mentale et l'usage de substances risquent de se faire sentir encore longtemps, la période post-pandémique sera cruciale. Elle donnera aussi l'occasion de transformer le système et de s'attaquer aux répercussions concrètes de la COVID-19 sur les personnes vivant dans les communautés rurales et éloignées.

Contexte

Au Canada, il n'existe aucune définition universelle de ce qui est considéré comme « rural » ou « éloigné ». ¹ Les communautés rurales et éloignées sont uniques, et souvent, elles sont définies en fonction de l'expérience vécue et des perceptions des personnes vivant dans ces régions. ² Selon

Statistique Canada, les communautés rurales et éloignées comprennent « toutes les régions situées à l'extérieur des grandes agglomérations urbaines » (Section sur le contexte, paragraphe 7)³. Dans les recherches canadiennes, les communautés rurales sont souvent définies comme « des collectivités ayant un noyau de population comptant moins de 10 000 personnes, et où moins de 50 % de la population active se rend dans les grands centres urbains pour travailler » (p. 3).⁴ À la lumière de ces différences, le document d'information se fonde sur la définition classique des régions rurales et éloignées, ainsi que sur l'expérience vécue par les membres de ces communautés.

Avant la pandémie, la recherche qui a été menée au sein des communautés rurales et éloignées révélait que l'incidence des problèmes de santé mentale et des troubles liés à l'usage de substances variait par rapport aux cadres urbains.⁵⁻⁸ La recherche montre que les taux globaux de problèmes de santé mentale sont assez semblables quand on les compare, mais qu'il y a des différences pour certaines maladies mentales et habitudes liées à l'usage de substances.^{9,10} En ce sens, les communautés rurales et éloignées font face à des taux de suicide plus élevés — incluant les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide — comparativement aux milieux urbains.¹¹ Dans certaines communautés rurales et éloignées, il a été démontré que l'usage de substances augmente le risque de tentatives de suicide et de décès par suicide.^{12,13} Les personnes qui vivent dans ces communautés et qui font usage de drogues ont des comportements d'usage différents et un niveau d'accès inégal aux services de réduction des préjudices; d'ailleurs, elles sont davantage exposées aux risques d'intoxication, de morbidité et de mortalité.¹⁴⁻¹⁶

Au cours de la pandémie, les risques propres aux communautés rurales et éloignées ont engendré des éclosions percutantes.^{17,18} Ces communautés sont plus à risque de subir des préjudices liés à la COVID-19 parce qu'en moyenne, elles comptent une grande proportion de personnes de 65 ans et plus, et elles font face à un fardeau plus lourd de maladies chroniques, de problèmes médicaux sous-jacents, et d'enjeux de mobilité réduite.¹⁹⁻²¹ De plus, ces communautés font face à des défis uniques en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé, tels que d'importants niveaux d'inégalité des revenus,²² un manque d'emploi régulier et local,²³ un mode de vie saisonnier et cyclique,²⁴ des niveaux accrus d'insécurité alimentaire,^{25,26} un accès restreint à l'eau potable,²⁷ et un accès limité aux TIC à haute vitesse.²⁸

La COVID-19 et les mesures de santé publique qui en découlent, en particulier celles qui impliquent la distanciation sociale, ont mis à rude épreuve les économies rurales et les liens sociaux.²⁹⁻³² De plus, la pandémie a été associée à un approvisionnement en drogues de plus en plus toxiques.³³ Combinée à une diminution des services et à un stress accru pour les personnes qui consomment des drogues, cette situation a entraîné une augmentation des empoisonnements aux drogues dans tout le Canada,³⁴ avec des répercussions disproportionnées dans les communautés rurales et éloignées ainsi que pour les Premières Nations et les Métis.³⁵⁻³⁷ L'isolement social, les facteurs de stress économique et la crise des drogues toxiques devraient avoir des effets plus graves et plus durables sur la santé mentale et l'usage de substances dans ces communautés, alors que les services de santé mentale et d'usage de substances sont déjà surchargés.³⁸

Dans ces communautés, les capacités sont limitées pour répondre à la pandémie, car elles disposent de peu de ressources en matière de santé, de santé mentale, de substances et de ressources sociales — notamment des refuges, de l'eau et de la nourriture.³⁹⁻⁴¹ La pandémie a exacerbé les lacunes préexistantes au chapitre de l'accès aux services de santé mentale et d'usage de substances, et a

aggravé les pénuries de fournisseurs de services.⁴²⁻⁴⁵ Ces lacunes en matière d'accès englobent : les services spécialisés en santé mentale; l'offre d'un grand nombre de services et de mesures de soutien de réduction des préjudices en personne; et d'autres services de traitement des troubles d'usage de substances, notamment le traitement par agonistes opioïdes.⁴⁶ De nombreux services et mécanismes de soutien en personne, comme le soutien par les pairs, sont aussi passés à des plateformes virtuelles, ce qui amène des contraintes particulières dans les communautés rurales et éloignées.

Plusieurs de ces communautés n'ont pas eu accès aux équipements de protection individuelle (EPI) ni à d'autres ressources de santé publique.⁴⁷ Ces pénuries ont été particulièrement difficiles à gérer car les fournisseurs de services sont souvent très peu nombreux. Et ceux qui sont disponibles ont un grand volume de travail, duquel on dénombre des personnes qui souffrent ou non de la COVID-19. De plus, les secteurs qu'ils desservent s'étendent souvent sur de vastes territoires ruraux et il est possible que s'appliquent certaines restrictions en matière de santé publique sur les déplacements entre les différentes administrations.⁴⁸ Bien que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux aient tenté de donner la priorité aux communautés rurales et éloignées lors de la distribution des EPI, des vaccins et d'autres ressources, le déploiement de cette aide a été lent et, au départ, de nombreuses personnes n'y ont pas eu accès.⁴⁹⁻⁵¹

À titre d'exemple de l'incidence de la pandémie sur la santé mentale et l'usage de substances au sein d'une communauté rurale, l'étude de cas suivante détaille une initiative entreprise par la Table ronde sur la santé communautaire de Princeton, B.-C.

Étude de cas : Table ronde sur la santé communautaire de Princeton

Description de la communauté

Princeton est une belle ville entourée de montagnes et elle est située dans la vallée de Similkameen, comme on le voit sur les photos ci-dessous.⁵² La région compte 4780 habitants, dont la majorité est âgée de 50 ans et plus. Plus de 10 % de la population s'identifie comme Autochtone. Bien que le revenu moyen s'élève à 57 000 \$, il faut savoir que huit résidents sur dix vivent sous le seuil de la pauvreté. La santé mentale et l'usage de substances sont des enjeux particulièrement préoccupants. Les taux d'anxiété, de troubles de l'humeur et de dépression sont huit fois plus élevés que dans le reste de la province et, comme de nombreuses régions rurales de la Colombie-Britannique, la communauté souffre de façon disproportionnée de la crise des drogues toxiques et affiche systématiquement l'un des taux de décès liés à la drogue les plus élevés par habitant.⁵³ Au cours de la dernière année, ces taux de troubles de santé mentale et d'usage de substances ont été exacerbés en raison de la pandémie de COVID-19.

À l'instar d'autres communautés rurales, Princeton dispose de ressources limitées pour traiter les enjeux de santé mentale et d'usage de substances comparativement aux régions urbaines.⁵⁴ À l'heure actuelle, Princeton bénéficie des services de quatre spécialistes : un en santé mentale et usage de substances, un en soins axés sur la santé mentale et les troubles psychiatriques chez l'adulte, un en santé mentale pour les jeunes, ainsi qu'un en services de proximité (lequel travaille aussi dans une autre ville située à environ 45 minutes de route). Ces limitations font en sorte qu'il est difficile pour la communauté de fournir des services et des mesures de soutien adaptées aux besoins de la population. Une autre préoccupation courante en milieu rural concerne la capacité de maintenir en poste le personnel recruté.

Malgré ces défis, Princeton possède de nombreux atouts, notamment son haut niveau de résilience, que l'on retrouve fréquemment dans les communautés rurales et chez les nombreuses personnes et organisations, car elles travaillent ensemble pour répondre aux besoins des membres de la communauté. Une de ces initiatives est la Table ronde sur la santé communautaire de Princeton.



Mise sur pied de la Table ronde

La Table ronde sur la santé communautaire de Princeton a été créée en juin 2020 dans le cadre du Sommet « BC Rural and First Nations Health and Wellness Summit », parrainé par le Centre de coordination rurale de la C.-B. et l'Autorité sanitaire des Premières Nations. Lors du Sommet, les partenaires se sont réunis pour discuter des soins et planifier la prestation des services de santé dans Princeton et les environs. La Table ronde a jugé prioritaire la gestion de la santé mentale et l'usage de substances pour assurer la santé et le bien-être de la communauté. Le groupe dénombrait au départ huit membres représentant divers groupes partenaires, notamment des gens de la collectivité, des fournisseurs, des décideurs et des partenaires universitaires. Il a également été décidé que les rencontres allaient continuer après le Sommet, dans le but de planifier, élaborer et mettre en œuvre diverses activités communautaires visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être. La composition finale du groupe a offert une forte représentation des membres de la communauté qui seraient en mesure de diriger cette initiative populaire, en vue d'améliorer les services et les mécanismes de soutien pour l'ensemble de la communauté.

Aujourd'hui, la Table ronde comprend 14 personnes représentant plusieurs organisations, notamment :

- Société Support Our Health Care
- Société des services communautaires de Princeton et du district
- Société de services aux familles de Princeton
- Association Vermillion Forks Métis
- Bibliothèque régionale Okanagan
- District scolaire n° 58
- École secondaire de Princeton
- Écoles primaires Vermillion Forks et John Allison
- Ville de Princeton
- Hôpital régional de Princeton
- Services de la GRC aux victimes de Princeton
- Services de soutien communautaire de Princeton
- Bande indienne d'Upper Similkameen
- Université de la Colombie-Britannique, Okanagan

Le groupe se réunit toutes les quatre à six semaines.

Objectifs de la Table ronde

1. Créer une trousse d'améliorations en matière de santé mentale et d'usage de substances au bénéfice de la communauté.
2. Étudier la mise en œuvre d'améliorations visant exclusivement l'accessibilité des services en santé mentale et usage de substances.
3. Évaluer les bénéfices attribuables aux avancées dans les services de santé mentale et d'usage de substances.
4. Soutenir les progrès au moyen de nouveaux partenariats et des collaborations communautaires existantes.
5. Élaborer un modèle transférable et souple pour mettre en œuvre des services de santé mentale et d'usage de substances améliorés au sein des communautés rurales et éloignées de la C.-B.

Activités en cours de la Table ronde

1. Accroître la sensibilisation à l'égard de la santé mentale et de l'usage de substances, ainsi que les services disponibles et les mécanismes de soutien :
 - deux dépliants (pour adultes et jeunes), comprenant de l'information sur les ressources disponibles à l'échelle locale et provinciale
 - séances éducatives à l'intention des élèves de l'école secondaire de Princeton
 - forum avec le conférencier de l'organisme « Jack.org » et l'école secondaire de Princeton
 - forum public virtuel portant sur la lutte contre la stigmatisation
2. Fournir des mesures de soutien et des services :
 - Collaborer avec une agence basée à Penticton, la South Okanagan Women in Need Society, dont un représentant se déplace à Princeton un jour par semaine afin de fournir des

ressources sur le dépistage de drogues et de l'information sur la réduction des préjudices. De plus, on offre un tableau contextuel sur la santé (incluant des renseignements sur la COVID-19) et sur les soins nécessaires pour traiter les plaies, ainsi que d'autres outils ciblant la réduction des préjudices.

Réussites et difficultés

La Table ronde sur la santé communautaire de Princeton continue son cheminement vers la réalisation de ses objectifs, et l'un des grands succès a été l'enthousiasme et l'engagement des personnes et des représentants des diverses organisations, ainsi que les nouveaux partenariats qui continuent de se multiplier. Une deuxième belle réussite a été l'offre de stages pratiques à deux élèves de quatrième année en sciences infirmières, avec l'appui de l'École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique, en Okanagan. Ces élèves ont travaillé la moitié de leurs heures auprès de la Table ronde au sein de la communauté et l'autre moitié à l'hôpital local, en contribuant à diverses activités (p. ex., l'élaboration de deux dépliants et de matériel pédagogique pour les élèves du secondaire). De plus, en établissant un lien entre les soins de courte durée et ce qui se passe au sein de la communauté, les élèves ont pu constater l'importance de la prévention et de l'intervention précoce comme moyens de mieux servir ceux qui ont des besoins en matière de santé mentale et d'usage de substances. Un troisième franc succès a été le partenariat solide noué avec l'école secondaire de Princeton, permettant d'offrir de la formation et de sensibiliser les étudiants. Le fait d'avoir un membre étudiant à la Table ronde a été grandement utile pour établir ce lien important.

Outre ces succès, deux principales difficultés demeurent. L'une des difficultés consiste à mettre en place un lien solide, tant avec les organisations qui fournissent des services de réduction des préjudices qu'avec les personnes qui utilisent ces services ou pourraient les utiliser. À cet égard, la Table ronde continue de bâtir des partenariats avec d'autres organisations, afin d'explorer différents services et différentes mesures de soutien pour cette population. Le financement constitue également un défi de taille. La Table ronde a présenté de nombreuses demandes de financement au chapitre du milieu communautaire et de la recherche, mais n'a connu que peu de succès jusqu'à maintenant – à l'exception d'un financement obtenu pour l'impression de dépliants.

Conclusion

La Table ronde sur la santé communautaire de Princeton a réuni des gens, ainsi que des organismes communautaires, lesquels ont accordé la priorité aux besoins entourant la santé mentale et l'usage de substances au sein de leur communauté. Le groupe est bien représenté par une variété de partenaires qui collaborent en vue d'aborder ces enjeux importants, ce qui s'avère particulièrement important en contexte de pandémie. La Table ronde a connu quelques réussites hâtives et continue de concevoir diverses activités et approches pour répondre aux besoins des membres de la communauté. Malgré quelques défis à relever, l'engagement de la Table ronde qui consiste à améliorer la santé mentale et le bien-être de la communauté de Princeton demeure à l'avant-plan du travail à réaliser.

Considérations

Comme le souligne l'étude de cas de la Table ronde, il existe plusieurs considérations importantes pour les communautés rurales et éloignées en ce qui a trait aux répercussions de la pandémie sur la santé mentale et l'usage de substances. La présente section porte sur les questions les plus pertinentes touchant l'ensemble du système de santé mentale et d'usage de substances, ainsi que sur les divers besoins des communautés rurales et éloignées.

Problèmes liés au système

La COVID-19 a entraîné diverses répercussions particulières dans les communautés rurales et éloignées, surtout en ce qui a trait à la santé mentale et l'usage de substances. Ces répercussions ont également exercé une pression de plus en plus forte sur les systèmes de santé mentale et de l'usage de substances en milieu rural et éloigné, lesquels étaient déjà surchargés. À mesure que la pandémie progresse, il est également de plus en plus évident que la COVID-19 exacerbe bon nombre de problèmes préexistants dans nos systèmes. Même si ces systèmes se sont adaptés aux répercussions, plusieurs nouveaux problèmes sont apparus. Les plus pertinents sont détaillés ci-dessous.

Stigmatisation et recherche d'aide

Les communautés rurales et éloignées connaissent souvent des niveaux plus élevés de stigmatisation, ce qui a une incidence sur la santé mentale, l'usage de substances et les taux de demandes d'aide.⁵⁵ Si les personnes vivant au sein de ces communautés perçoivent un risque accru de stigmatisation structurelle et sociale, ainsi que de la discrimination, il est possible que cela affecte négativement ces taux.⁵⁶ Les membres de ces communautés ont des craintes quant à la confidentialité, et ils sont donc moins enclins à révéler un problème de santé mentale ou d'usage de substances, ou d'avoir recours à des sources informelles de soutien.^{57,58} Pour les membres de la communauté qui s'identifient comme Noirs, Autochtones et immigrants, les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination — aggravées par le racisme — sont beaucoup plus graves, et celles-ci ont une incidence sur leur capacité de demander de l'aide pour des troubles de santé mentale ou d'usage de substances.⁵⁹⁻⁶¹ La stigmatisation liée à la santé mentale et à l'usage de substances est vécue plus fortement chez les hommes, surtout lorsqu'il s'agit de demander de l'aide.⁶² Chez les hommes provenant des communautés rurales et éloignées, non seulement le suicide représente la deuxième cause de décès évitables, mais ils affichent des taux de mortalité plus élevés pour la majorité des principales causes de décès.^{63,64}

La crise des drogues toxiques

L'augmentation du nombre de décès liés aux opioïdes au Canada constitue une crise de santé publique permanente depuis deux décennies.^{65,66} La convergence de la pandémie et de la crise des drogues toxiques a amplifié les risques d'intoxication aux opioïdes, et de nombreuses communautés (en particulier en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta) ont signalé un nombre record d'appels d'urgence, d'hospitalisations et de décès en 2020.⁶⁷ Certaines conséquences imprévues liées aux mesures de santé publique contre la COVID-19 ont entraîné « un approvisionnement instable et non réglementé en drogues, des obstacles à l'accès aux services de réduction des préjudices et aux traitements, ainsi que des exigences en matière de distanciation physique qui font en sorte qu'un plus grand nombre de personnes consomment des drogues seules » (p. 3).⁶⁸⁻⁷⁰ Ces mesures ont contribué à

accroître l'isolement social et le stress, tout en limitant l'accès aux différents réseaux de soutien.⁷¹ Ce sont là quelques-uns des principaux facteurs qui contribuent à l'incidence plus élevée de décès par empoisonnement aux opioïdes au Canada pendant la pandémie, notamment dans les communautés rurales et éloignées.

Logement et itinérance

L'accès à des logements adéquats et abordables constitue un déterminant clé de la santé dans les communautés rurales et éloignées. Les personnes en situation d'itinérance et de précarité du logement sont exposées à des risques accrus de transmission et de complications liées à la COVID-19, ainsi qu'à des répercussions sur la santé mentale et l'usage de substances.⁷² Bien que la pandémie ait entraîné une augmentation des taux d'itinérance et de précarité de logements partout au Canada, les communautés rurales et éloignées affichent des taux d'itinérance équivalents — ou potentiellement supérieurs — à ceux des milieux urbains.⁷³⁻⁷⁶ Les services et la disponibilité des refuges pour sans-abri sont limités dans les communautés rurales et éloignées, de même que leur capacité de réagir efficacement à la pandémie.⁷⁷

Services et mesures de soutien

Les difficultés d'accès aux soins primaires dans les communautés rurales et éloignées se sont poursuivies pendant la pandémie.⁷⁸ L'incapacité d'avoir accès à des médecins de soins primaires ou à des infirmières praticiennes peut constituer un obstacle aux services de santé mentale et d'usage de substances, ainsi que pour prescrire des médicaments et ajuster les traitements. De plus, le manque de temps pour effectuer des visites de soins primaires, cumulé à l'insuffisance de soins adaptés à la culture, pourrait s'avérer un obstacle de taille pour accéder à des soins de qualité et traiter adéquatement les troubles de santé mentale et d'usage de substances. Il est possible que le manque d'accès aux services de soins primaires détourne les gens vers des services hospitaliers d'urgence très achalandés, sans qu'ils n'aient pour autant besoin de soins de façon urgente.⁷⁹

En réponse à la COVID-19, des progrès novateurs ont été réalisés en matière de services de santé mentale et d'usage de substances virtuels dans les communautés rurales et éloignées.^{80,81} Cependant, les personnes qui vivent dans ces communautés n'ont pas souvent accès à des TIC adéquates et pourraient avoir besoin de plus de connaissances dans le domaine numérique.⁸² Il est possible que ces facteurs aient une incidence sur leurs capacités d'accéder à des services de santé mentale et d'usage de substances, ainsi que sur les occasions de participer au travail à distance, à des activités organisées par l'école et liées au mieux-être.⁸³ Ce fossé numérique est accentué par le fait que les solutions de soins virtuels sont souvent élaborées et offertes dans les centres urbains, ce qui pourrait ne pas convenir aux résidents des régions rurales et éloignées.⁸⁴

Les fournisseurs de services de première ligne dans les communautés rurales et éloignées sont déjà surchargés, et ils courent le risque accru de se sentir complètement dépassés par les événements en raison de la COVID-19, ce qui pourrait entraîner des répercussions sur leur bien-être.⁸⁵ Ces fournisseurs de soins de santé ont déclaré éprouver des niveaux accrus d'anxiété ainsi que des symptômes de stress post-traumatique, tout en étant eux-mêmes confrontés à des difficultés d'accès à des services en santé mentale.⁸⁶ Les bénévoles et les gens offrant du soutien par les pairs — lesquels jouent un rôle essentiel au sein des communautés rurales et éloignées — ont, eux aussi, dû faire face à des tensions supplémentaires et à des contraintes induites par la pandémie.^{87,88}

Résilience des communautés rurales et éloignées

Bien que la COVID-19 ait pu ébranler les fondements préexistants entourant la solidarité et la résilience au sein des communautés rurales et éloignées, il faut savoir que la pandémie a également renforcé l'importance de ce fondement.⁸⁹ Souvent tributaires de l'entraide communautaire et du soutien par les pairs en personne, ces communautés ont été forcées de s'adapter et d'accroître la résilience de leurs systèmes face aux mesures de santé publique, comme la distanciation sociale. Pour favoriser la résilience, il faut également investir dans des mesures de soutien communautaire — notamment l'accès à des logements sécuritaires et abordables, ainsi qu'à de l'eau potable — en plus de fournir à tous l'accès à des services de santé mentale et d'usage de substances.⁹⁰

Besoins diversifiés

Les communautés rurales et éloignées ne forment pas un groupe homogène. Les personnes qui vivent dans ces communautés font face à des déterminants sociaux de la santé uniques, ainsi qu'à des facteurs liés à l'équité en santé qui ont une incidence sur la santé mentale, l'usage de substances et les effets de la pandémie.

Populations diversifiées

Plusieurs membres des Premières Nations, Inuits et Métis vivent dans les régions rurales et éloignées du Canada et ont des points de vue bien spécifiques sur ce qui est nécessaire de faire pour atténuer les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et l'usage de substances au sein de leurs communautés. La COVID-19 a exacerbé les répercussions du colonialisme systémique et institutionnalisé, du racisme et de l'injustice sur le bien-être mental, cumulant ainsi les désavantages pour l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Le double effet de la pandémie et de la crise des drogues toxiques a entraîné des répercussions désastreuses sur plusieurs membres des Premières Nations et Métis, en particulier en Colombie-Britannique, en Ontario et en Alberta.⁹¹⁻⁹⁴ Les solutions à cette « double crise » doivent venir des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Le bien-être des personnes qui ont immigré au Canada et qui vivent et travaillent au sein des communautés rurales et éloignées a également été affecté de manière disproportionnée par la COVID-19.⁹⁵ Parmi les difficultés qu'elles rencontrent, citons les barrières linguistiques, les logements inadéquats et surpeuplés, le stress financier et les obstacles d'ordre culturel.⁹⁶ Au Canada, il y a plus de 50 000 travailleurs agricoles étrangers et, par l'entremise des médias et organismes de défense d'intérêts, on a observé que, pendant la pandémie, la plupart d'entre eux n'avaient pas une grande mobilité ni le droit d'observer la distanciation sociale.^{97,98} De plus, ces organismes de défense des droits signalent que le nombre de travailleurs immigrants vivant de l'abus en milieu de travail a été exacerbé par la pandémie. Ces abus comprennent :

- des logements non conformes et de qualité inférieure fournis par l'employeur
- la malpropreté et l'absence d'équipements de protection adéquats
- les heures supplémentaires sans pause ni hausse des revenus
- l'absence de protection des droits des travailleurs⁹⁹

Selon les organismes de défense des droits, le fait d'être confronté au racisme, à la violence en milieu de travail et à l'insécurité peut avoir une incidence sur l'anxiété et le stress des travailleurs immigrants.

Malgré cela, ils n'ont pas accès facilement aux services et aux mesures de soutien, et ils font face à un risque accru de mortalité attribuable aux éclosions de COVID-19 dans les usines et les fermes.¹⁰⁰

Femmes risquant la violence familiale

La pandémie a également entraîné une augmentation du nombre d'actes de violence en milieu familial dans les communautés rurales et éloignées, ce qui accroît la pression sur les refuges pour femmes en région rurale.¹⁰¹ Avant la pandémie, les études démontraient qu'en comparaison avec les milieux urbains, un plus grand nombre de femmes étaient tuées dans les communautés rurales et éloignées en raison de la violence familiale.¹⁰² Pendant la pandémie, un nombre plus élevé de refuges pour femmes des régions rurales et éloignées du Canada ont signalé une hausse du nombre de demandes d'aide à la suite de violence familiale.¹⁰³ Cela dit, pendant la même période, 71 % des refuges ont été contraints de réduire leurs capacités en raison des restrictions sanitaires attribuables à la pandémie.¹⁰⁴

Considérations en lien avec les étapes de la vie

Tous âges confondus, on a remarqué que la pandémie a eu une incidence particulière sur le bien-être mental des jeunes et des adultes plus âgés. Avant la pandémie, des recherches menées auprès de jeunes des régions rurales et éloignées du nord de l'Ontario ont révélé qu'ils connaissaient déjà des taux plus élevés d'usage de drogues et de problèmes de santé mentale.^{105,106} Pendant la pandémie, de nombreuses enquêtes nationales, notamment le rapport de la CSMC intitulé [*LA VIE EN CONFINEMENT : les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des jeunes au Canada*](#), ont révélé que les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale sont plus néfastes chez les jeunes.^{107,108} La COVID-19 a affecté les jeunes des régions rurales et éloignées en augmentant l'anxiété et le stress, et en exacerbant leurs sentiments d'isolement et de solitude.¹⁰⁹ Cela est particulièrement vrai pour de nombreux jeunes 2SLGBTQ+, qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur orientation sexuelle et (ou) parce qu'ils ne se conforment pas aux attentes hétéronormatives en matière de genre.¹¹⁰

Les adultes plus âgés des communautés rurales et éloignées sont particulièrement vulnérables aux répercussions de la pandémie et aux mesures de santé publique connexes, car les défis quotidiens liés à l'isolement social se font davantage sentir.¹¹¹ Les aînés de ces communautés subissent des effets disproportionnés sur la santé en raison de la pandémie; notamment, des complications plus graves, des taux de mortalité plus élevés, un accès réduit aux services spécialisés et aux hôpitaux, ainsi que des retards dans la prestation des soins médicaux.¹¹²

Réponses stratégiques à l'échelle nationale et internationale : Exemples concrets

La COVID-19 a eu de profondes répercussions dans les communautés rurales et éloignées. De ce fait, à l'échelle internationale, des efforts ont été déployés pour mettre en commun des pratiques exemplaires en matière de réponses stratégiques à certaines des considérations et questions décrites dans le présent rapport. Les points suivants mettent en évidence de telles réponses au Canada, aux États-Unis et en Australie.

- L'OMS a milité pour l'embauche d'un plus grand nombre de travailleurs de la santé dans les communautés rurales et éloignées,¹¹³ tandis que des psychiatres sur la scène internationale ont préconisé une meilleure formation en télépsychiatrie, ainsi que l'élaboration de lignes directrices locales visant à soutenir les praticiens pendant la pandémie.¹¹⁴
- Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont recueilli des données, produit des modèles et mis en œuvre des lignes directrices pour contrer l'incidence de la pandémie dans les communautés rurales et éloignées.¹¹⁵ Les États-Unis recueillent aussi des données et produisent des rapports sur les répercussions de la COVID-19 sur les membres des communautés africaine, caribéenne et noire des zones rurales et éloignées.¹¹⁶
- Le Centre for Rural and Remote Mental Health en Australie a élaboré la « Déclaration de la ville d'Orange sur la santé mentale dans les régions rurales et éloignées », laquelle propose des améliorations à apporter au chapitre de la santé mentale au sein de ces communautés, et ce, par le biais de la recherche, la conception et la prestation de services. La déclaration répertorie 10 principaux problèmes et présente des solutions qui définissent des approches nouvelles et coordonnées au niveau international.¹¹⁷
- En Colombie-Britannique, la Régie de la santé du Nord a mis de l'avant une stratégie destinée aux régions rurales et éloignées. En juin 2020, un cadre d'intervention a été publié, intitulé *Northern BC Rural and Remote and First Nations COVID-19 Response Framework*, « pour faire ressortir des idées et créer conjointement des solutions novatrices à ces enjeux en réunissant les décideurs, les éducateurs, les administrateurs des soins de santé, les chercheurs, les professionnels de la santé et les fournisseurs de services » (pages 2-3).¹¹⁸ Ce cadre opérationnel fournit des conseils sur la façon de réagir efficacement aux besoins urgents, uniques et locaux en matière de santé et de santé mentale des membres des Premières Nations et des communautés rurales et éloignées.

Recommandations stratégiques

Accorder la priorité aux communautés rurales et éloignées et renforcer les partenariats

1. Élaborer des politiques post-pandémiques qui tiennent compte des répercussions uniques de la COVID-19 sur la santé mentale et l'usage de substances au sein des communautés rurales et éloignées, et le faire en partenariat avec divers membres de la collectivité.
2. Renforcer les partenariats entre les secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances et les décideurs au service des régions rurales et éloignées.

Reconnaître les forces et les vulnérabilités particulières

1. Miser sur les bases solides de la résilience au sein des communautés rurales et éloignées pour faire face aux répercussions à long terme de la COVID-19.
2. Traiter de la question des « pandémies parallèles » d'empoisonnements aux opioïdes et de COVID-19 dans les politiques post-pandémiques destinées aux communautés rurales et éloignées.
3. Investir dans des initiatives novatrices de réduction des préjudices qui tiennent compte des caractéristiques uniques des communautés rurales et éloignées, notamment pour faciliter l'accès à des services d'usage de substances.

Offrir de l'aide en matière de soins virtuels, de technologies des communications via Internet et d'accessibilité

1. Fournir à tous les résidents des régions rurales et éloignées une couverture adéquate d'Internet à large bande et des moyens de communication Internet, afin qu'ils puissent accéder facilement aux services virtuels de santé mentale et d'usage de substances.
2. Concevoir des solutions de soins virtuels qui sont adaptées aux caractéristiques uniques de la vie au sein des communautés rurales et éloignées.
3. Former les fournisseurs de services et les utilisateurs de services (y compris les familles) des zones rurales et éloignées à l'utilisation de la technologie virtuelle, notamment comme un outil pour favoriser leur collaboration.

Conclusion

Tout au long de la pandémie, les communautés rurales et éloignées ont été confrontées à une augmentation des besoins en santé mentale et usage de substances, ainsi qu'à un manque d'accessibilité à des services et mesures de soutien opportuns et convenables. L'influence unique des déterminants sociaux de la santé rend ces communautés plus vulnérables aux répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et l'usage de substances. Par ailleurs, ces communautés disposent de moins de ressources et de peu de capacités pour faire face à des répercussions d'une telle ampleur. Tous les ordres de gouvernement doivent adopter une approche stratégique fondée sur le lieu de résidence et favoriser le renforcement de la résilience des communautés rurales et éloignées, surtout au moment où elles luttent contre les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et l'usage de substances.

Plusieurs provinces et territoires ont fait preuve de rapidité en s'adaptant pour offrir des services virtuels novateurs de santé mentale et d'usage de substances. Toutefois, ces actions se sont souvent avérées inappropriées pour les personnes vivant au sein des communautés rurales et éloignées, car dans bien des cas, elles n'ont pas accès à une couverture Internet à large bande ni à des technologies de l'information et des communications adéquates. Les solutions de soins virtuels doivent tenir compte du caractère unique des contextes ruraux et éloignés si elles veulent mieux convenir aux résidents et satisfaire leurs besoins. La pandémie n'a fait que souligner l'importance de répondre à ce besoin.

Comme les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et l'usage de substances devraient durer encore longtemps, la période post-pandémique sera d'autant plus cruciale pour atténuer les dommages possibles à long terme. Par conséquent, le moment est propice pour se pencher sur une transformation systémique qui tienne compte des répercussions uniques sur la santé mentale et l'usage de substances des personnes vivant dans des communautés rurales et éloignées – notamment, à travers l'élaboration d'initiatives et de politiques qui favorisent la résilience communautaire, l'investissement dans des services novateurs de santé mentale et l'élargissement de l'accès aux mesures de réduction des préjudices.

Références

- ¹ Community Action Program for Children de la région de Waterloo. (2005). *Le groupe de réflexion rural 2005 – comprendre les problèmes qui se posent aux familles des communautés rurales et éloignées*. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/publications/rtt-grr-2005/pdf/rtt-grr-2005_f.pdf
- ² Petric, A. et Stoop, N. (sans date). *The definition of rural and its implications*. http://rplc-capr.ca/wp-content/uploads/2017/11/Stoop_TheMeaningofRural-alexedit.pptx.pptx-1.pdf
- ³ Statistique Canada. (2016). *Classification des centres de population et des régions rurales 2016*. <https://www.statcan.gc.ca/fra/sujets/norme/ccpr/2016/introduction>
- ⁴ MacLeod, M. L. P., Stewart, N. J., Kulig, J. C., Anguish, P., Andrews, M. E., Banner, D., Garraway, L., Hanlon, N., Karunanayake, C., Kilpatrick, K., Koren, I., Kosteniuk, J., Martin-Misener, R., Mix, N., Moffitt, P., Olynick, J., Penz, K., Sluggett, L., Van Pelt, L., [...] Zimmer, L. (2017). Nurses who work in rural and remote communities in Canada: A national survey. *Human Resources for Health*, vol. 15, article n° 34. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0209-0>
- ⁵ Société canadienne de psychologie. (2002). *Strengthening rural health: The contribution of the science and practice of psychology*. <https://cpa.ca/docs/File/cpapadvocacyproject/rural.pdf>
- ⁶ Romans, S., Cohen, M. et Forte, T. (2011). Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 46, n° 7, pages 567-575. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0222-2>
- ⁷ Friesen, E. (2019). The landscape of mental health services in rural Canada. *University of Toronto Medical Journal*, vol. 96, no 2, pages 47-52. <https://utmj.org/index.php/UTMJ/article/view/1181>
- ⁸ Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *La santé mentale dans les communautés rurales et éloignées du Canada : Résumé des données probantes sur les pratiques exemplaires et prometteuses*. https://mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/Rural_remote_mental_health_evidence_brief_fr.pdf
- ⁹ Pirie, T. et Simmons, M. (2014). *Consommation de cannabis, comportements à risque et méfaits : Comparaison entre les populations urbaines et rurales du Canada*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Cannabis-use-Risky-behaviours-and-Harms-2014-fr.pdf>
- ¹⁰ Friesen, E. (2019). The landscape of mental health services in rural Canada.
- ¹¹ Barry, R., Rehm, J., de Oliveira, C., Gozdyra, P. et Kurdyak, P. (2020). Rurality and risk of suicide attempts and death by suicide among people living in four English-speaking high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 65, no 7, pages 441-447. <https://doi.org/10.1177/0706743720902655>
- ¹² Creighton, G., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. et Frank, B. (2017). “You’ve gotta be that tough crust exterior man”: Depression and suicide in rural-based men. *Qualitative Health Research*, vol. 27, n° 12. <https://doi.org/10.1177/1049732317718148>
- ¹³ D. Ward, Communication personnelle. (2021).
- ¹⁴ Parker, J., Jackson, L., Dykeman, M., Gahagan, J. et Karabanow, J. (2011). Access to harm reduction services in Atlantic Canada: Implications for non-urban residents who inject drugs. *Health & Place*, vol. 18, no 2, pages 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.016>
- ¹⁵ Fischer, B., Rudzinski, K., Ivsins, A., Gallupe, O., Patra, J. et Krajden, M. (2010). Social, health and drug use characteristics of primary crack users in three mid-sized communities in British Columbia, Canada. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 17, n° 4, pages 333-353. <https://doi.org/10.3109/09687630903357700>
- ¹⁶ Jozaghi, E. et Marsh, S. (2017). Missing the trends in the fentanyl overdose crisis: The need for immediate intervention in small and rural communities. *La revue canadienne de santé publique*, vol. 108, n° 4, article e457. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4837>
- ¹⁷ Malatzky, C., Gillespie, J., Couch, D. et Cosgrave, C. (2020). Why place matters: A rurally-orientated analysis of COVID-19’s differential impacts. *Social Sciences and Humanities Open*, vol. 2, n° 1, article 100063. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100063>

- ¹⁸ Centers for Disease Control and Prevention. (20 novembre 2020). *COVID-19 Stats: COVID-19 incidence, by urban-rural classification — United States, January 22-October 31, 2020*. Morbidity and Mortality Weekly Report. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6946a6.htm>
- ¹⁹ Savage, D. W., Fisher, A., Choudhury, S., Ohle, R. P., Strasser, R. P., Orkin, A. et Mago, V. (2020). Investigating the implications of COVID-19 for the rural and remote population of Northern Ontario using a mathematical model. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.09.17.20196949>
- ²⁰ Erwin, C., Aultman, J., Harter, T., Illes, J. et Kogan, C. J. (2020). Rural and remote communities: Unique ethical issues in the COVID-19 pandemic [Commentaire]. *American Journal of Bioethics*, vol. 20, no 7, pages 117-120. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764139>
- ²¹ Savage, et al. (2020). Investigating the implications of COVID-19 for the rural and remote population of Northern Ontario using a mathematical model.
- ²² Erwin, et al. (2020). Rural and remote communities: Unique ethical issues in the COVID-19 pandemic.
- ²³ D. Ward, Communication personnelle. (2021).
- ²⁴ T. Wilson, Communication personnelle. (2021).
- ²⁵ Buck-McFadyen, E. V. (2015). Rural food insecurity: When cooking skills, homegrown food, and perseverance aren't enough to feed a family. *La revue canadienne de santé publique*, vol. 106, n° 3, pages e140-e146. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4837>
- ²⁶ Deaton, J. et Deaton, B. J. (2020). Food security and Canada's agricultural system challenged by COVID-19. *Revue canadienne d'agroéconomie*, vol. 68, n° 2, pages 143-149. <https://doi.org/10.1111/cjag.12227>
- ²⁷ Jackman, D., Konkin, J., Yonge, O., Myrick, F. et Cockell, J. (2020). Crisis and continuity: Rural health care students respond to the COVID-19 outbreak. *Nurse Education in Practice*, vol. 48, article 102892. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102892>
- ²⁸ Manning, S. (28 mai 2020). Queen's medical student leads initiative supporting rural Canadians. *Queen's University Journal*. <https://www.queensjournal.ca/story/2020-05-28/news/queens-medical-student-leads-initiative-supporting-canadians-in-rural-and-isolated-communities/>
- ²⁹ Rural Ontario Institute. (8 septembre 2020). COVID-19 impact on rural employment: Ontario in the Canadian context in August, 2020. *Focus on Rural Ontario*. <https://www.ruralontarioinstitute.ca/uploads/userfiles/files/COVID-19%20Impact%20on%20Rural%20Employment%20%20Ontario%20in%20the%20Canadian%20context%20in%20August%202020.pdf>
- ³⁰ Purchase, L. (9 juin 2020). How COVID-19 is affecting rural communities across Canada. *CERIC*. <https://ceric.ca/2020/06/how-covid-19-is-affecting-rural-communities-across-canada/>
- ³¹ Manning. (28 mai 2020). Queen's medical student leads initiative supporting rural Canadians.
- ³² Monteith, L. L., Holliday, R., Brown, T. L., Brenner, L. A. et Mohatt, N. V. (2020). Preventing suicide in rural communities during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Urban Health*, vol. 37, n° 1, pages 179-184. <https://doi.org/10.1111/jrh.12448>
- ³³ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. (2020). *Alerte du RCCET Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf>
- ³⁴ Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- ³⁵ Penn, R. (printemps 2020). Enseignements non tirés : La crise des surdoses au Canada. *Vision positive*. <https://www.catie.ca/fr/visionpositive/printemps-2020/enseignements-non-tires>
- ³⁶ Le Réseau de recherche sur les politiques en matière de produits pharmaceutiques de l'Ontario, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, la Santé publique Ontario, le Centre d'évaluation des politiques sur les drogues. (novembre 2020). *Preliminary patterns in circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*. *Santé publique Ontario*. <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/substance-use/opioid-mortality>

- ³⁷ Turpel-Lafond, M. E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care. Autorité sanitaire de la Colombie-Britannique.*
<https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>
- ³⁸ Monteith, et al. (2020). Preventing suicide in rural communities during the COVID-19 Pandemic.
- ³⁹ Savage, et al. (2020).
- ⁴⁰ Erwin, et al. (2020).
- ⁴¹ Schiff, R., Buccieri, K., Waagemakers Schiff, J., Kauppi, C. et Riva, M. (2020). COVID-19 and pandemic planning in the context of rural and remote homelessness. *Revue canadienne de santé publique*, vol. 111, n° 4, pages 967-970.
<https://doi.org/10.17269/s41997-020-00415-1>
- ⁴² Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. (2009). *Rural and northern community issues in mental health* [Document d'information] <https://ontario.cmha.ca/documents/rural-and-northern-community-issues-in-mental-health/>
- ⁴³ Wilson, C. R., Rourke, J., Oandasan, I. F. et Bosco, C. (2020). Progress made on access to rural health care in Canada. *Canadian Family Physician*, vol. 66, n° 1, pages 31-36.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012120/#>
- ⁴⁴ O'Sullivan, B., Leader, J., Couch, D. et Purnell, J. (2020). Rural pandemic preparedness: The risk, resilience and response required of primary healthcare. *Risk Management and Healthcare Policy*, vol. 13, pages 1187-1194.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S265610>
- ⁴⁵ Schiff et al. (2020). COVID-19 and pandemic planning in the context of rural and remote homelessness.
- ⁴⁶ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la capacité des services de traitement de l'usage de substances au Canada.*
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-12/CCSA-COVID-19-Impacts-Pandemic-Substance-Use-Treatment-Capacity-Canada-2020-fr.pdf>
- ⁴⁷ O'Sullivan et al. (2020).
- ⁴⁸ O'Sullivan et al. (2020).
- ⁴⁹ Autorité sanitaire des Premières Nations, Conseil de la santé des Premières Nation et Association des directeurs de la santé des Premières Nations. (2020). *Early access to COVID-19 vaccine for rural and remote First Nations communities* [Déclaration commune]. <https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/early-access-to-covid-19-vaccine-for-rural-and-remote-first-nations-communities>
- ⁵⁰ Ireton, J. (10 janvier 2021). *Rural areas anxious for news on vaccine rollout plan.* Nouvelles de la CBC News.
<https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/rural-areas-wait-plan-vaccine-roll-out-doctor-critical-lack-communications-1.5865386>
- ⁵¹ Nickel, R., Lewis, J., & Lampert, A. (8 décembre 2020). *Vast spaces leave Canada's remote and rural places vulnerable in COVID-19 fight.* Nouvelles de la CTV News. <https://www.iheartradio.ca/92-3-the-dock/news-trending/was-your-kerb-payment-delayed-this-week-this-may-be-why-1.13387463>
- ⁵² Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. (2021). *BC Community Health Service Area Health Profiles (Version 1.0): 1340 Princeton.*
<http://communityhealth.phsa.ca/CHSAHealthProfiles/CHSAHealthReport/Princeton>
- ⁵³ Demeer, A. (17 octobre 2019). Princeton suffers highest per capita rate of drug deaths: Coroner report. *Penticton Western News.* <https://www.pentictonwesternnews.com/news/princeton-suffers-highest-per-capita-rate-of-drug-deaths-coroner-report/>
- ⁵⁴ Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. (2021). *British Columbia Community Health Service Area Health Profile (Version 1.0) : 1340 Princeton.*
- ⁵⁵ Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *La santé mentale dans les communautés rurales et éloignées du Canada : Résumé des données probantes sur les pratiques exemplaires et prometteuses.*
- ⁵⁶ Caxaj, S. C. (2016). A review of mental health approaches for rural communities: Complexities and opportunities in the Canadian context. *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 35, n° 1, pages 29-45.
<https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-023>
- ⁵⁷ Friesen. (2019).

- ⁵⁸ Findlay, L. C. et Sunderland, A. (2014). Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans (Catalogue N° 82-003-X). *Rapports sur la santé*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014012/article/14126-fra.htm>
- ⁵⁹ Turpel-Lafond. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. *Autorité sanitaire de la Colombie-Britannique*.
- ⁶⁰ Hyman, I. (2009). *Racism as a determinant of immigrant health*. Agence de la santé publique du Canada. https://www.researchgate.net/profile/Ilene-Hyman/publication/255654375_Racism_as_a_determinant_of_immigrant_health/links/54abee2a0cf2bce6aa1dd292/Racism-as-a-determinant-of-immigrant-health.pdf
- ⁶¹ Etowa, J., Wiens, J., Thomas Bernard, W. et Clow, B. (2007). Determinants of Black women's health in rural and remote communities. *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 39, n° 3, pages 56-76. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2069>
- ⁶² Creighton, et al. (octobre 2017). "You've gotta be that tough crust exterior man": Depression and suicide in rural-based men.
- ⁶³ Creighton, et al. (2017).
- ⁶⁴ Subedi, R., Greenberg, T. L. et Roshanafshar, S. (15 mai 2019). La géographie a-t-elle une incidence sur la mortalité? Analyse de la mortalité évitable selon l'indice d'éloignement au Canada *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019005/article/00001-fra.htm>
- ⁶⁵ Ontario Drug Policy Research Network, et al. (novembre 2020). *Preliminary patterns in circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*.
- ⁶⁶ Santé Canada (2021). *Crise des surdoses d'opioïdes au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/prevention-toxicomanie.html>
- ⁶⁷ Santé Canada (2021). *Crise des surdoses d'opioïdes au Canada*.
- ⁶⁸ Gomes, T., Murray, R., Kolla, G., Leece, P., Bansal, S., Besharah, J., Cahill, T., Campbell, T., Fritz, A., Monro, C., Toner, L. et Watford, J. (2021). *Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*. Réseau de recherche sur les politiques en matière de produits pharmaceutiques de l'Ontario, Bureau du coroner en chef de l'Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?sc_lang=en
- ⁶⁹ Santé Canada (2021).
- ⁷⁰ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. (2020). *Alerte du RCCET Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*.
- ⁷¹ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Effets de la pandémie de COVID-19 sur les personnes qui consomment des substances : ce que nous avons entendu*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-COVID-19-Impacts-on-People-Who-Use-Substances-Report-2020-fr.pdf>
- ⁷² Farha, L. et Schwan, K. (28 août 2020). *Homelessness is a life or death issue during a pandemic. Options politiques*. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/aout-2020/homelessness-is-a-life-or-death-issue-during-a-pandemic/>
- ⁷³ Farha et Schwan. (2020). *Homelessness is a life or death issue during a pandemic*.
- ⁷⁴ Falvo, N. (2020). *The long-term impact of the COVID-19 recession on homelessness in Canada: What to expect, what to track, what to do*. <https://nickfalvo.ca/wp-content/uploads/2020/11/Falvo-Final-report-for-ESDC-FINAL-28nov2020.pdf>
- ⁷⁵ Better Toronto Coalition. (2020). *COVID-19 and housing: Will new opportunity emerge from crisis?* Toronto Foundation. <https://torontofoundation.ca/wp-content/uploads/2020/05/Final-BTC-housing-brief-for-release-June-1.pdf>
- ⁷⁶ Schiff, et al. (2020). COVID-19 and pandemic planning in the context of rural and remote homelessness.
- ⁷⁷ Schiff, et al. (2020).

- ⁷⁸ Wilson, C. R., Rourke, J., Oandasan, I. F. et Bosco, C. (2020). Progress made on access to rural health care in Canada. *Canadian Family Physician*, vol. 66, n° 1, pages 31-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012120/>
- ⁷⁹ T. Wilson, Communication personnelle. (2021).
- ⁸⁰ Carra, B. (2 avril 2020). *It's time to act on rural internet access*. Nouvelles de la CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/covid-19-rural-internet-access-cybera-1.5517643>
- ⁸¹ Yousif, N. (7 octobre 2020). *Shift to virtual mental health care here to stay: Area psychotherapist*. Orillia Matters. <https://www.orilliamatters.com/midland-news/shift-to-virtual-mental-health-care-here-to-stay-orillia-psychotherapist-2768016>
- ⁸² Lane, J. et Pittman, S. (2020). *Towards a rural digital economic strategy*. Canada West Foundation. https://cwf.ca/wp-content/uploads/2020/07/2020-07-CWF_Upgrade_Digital_Economy_Report.pdf
- ⁸³ Brisson-Boivin, K. et McAleese, S. (13 avril 2021). *How digital literacy can help close the digital divide*. Policy Options. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/april-2021/how-digital-literacy-can-help-close-the-digital-divide/>
- ⁸⁴ Ramalho, R., Adiukwu, F., Gashi Bytyçi, D., El Hayek, S., Gonzalez-Diaz, J. M., Larnaout, A., Grandinetti, P., Kundadak, G. K., Nofal, M., Pereira-Sanchez, V., Pinto da Costa, M., Ransing, R., Schuh Teixeira, A. L., Shalbafan, M., Soler-Vidal, J., Syarif, Z. et Orsolini, L. (2020). Telepsychiatry and healthcare access inequities during the COVID-19 pandemic [Lettre à l'éditeur]. *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 53, article 102234. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102234>
- ⁸⁵ Jackman, et al. (2020). Crisis and continuity: Rural health care students respond to the COVID-19 outbreak.
- ⁸⁶ Rauch, K., Waddell, C., Ramsay, D., Lawrence, B., de Jager, M., Newall, N. et Herron, R. (2020). Examining the mental health experiences and resource needs of “frontline” healthcare workers in rural Manitoba during COVID-19. *Santé Prairie Mountain*. <https://prairiemountainhealth.ca/mental-health-resource-needs-of-frontline-healthcare-workers-in-rural-manitoba-during-covid-19>
- ⁸⁷ Manning. (28 mai 2020).
- ⁸⁸ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Effets de la pandémie de COVID-19 sur les personnes qui consomment des substances : ce que nous avons entendu*.
- ⁸⁹ Manning. (28 mai 2020).
- ⁹⁰ Lawrence-Bourne, J., Dalton, H., Perkins, D., Farmer, J., Luscombe, G., Oelke, N. et Bagheri, N. (2020). What is rural adversity, how does it affect wellbeing and what are the implications for action? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 19, article 7205. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197205>
- ⁹¹ Snowdon, W. (4 décembre 2019). *Opioids killing First Nations Albertans at disproportionate rates, report shows*. Nouvelles de la CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/opioid-epidemic-first-nations-blood-tribe-alberta-1.5384104>
- ⁹² Turpel-Lafond. (2020).
- ⁹³ Belzak, L. et Halverson, J. (2018). La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale [Synthèse des données probantes]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 38, n° 6, pages 224-233. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
- ⁹⁴ Gouvernement de l'Alberta. (18 juin 2021). *Alberta opioid response surveillance report: First Nations people in Alberta*. <https://open.alberta.ca/publications/alberta-opioid-response-surveillance-report-first-nations-people-2021>
- ⁹⁵ Santé publique Ontario. (2020). *COVID-19 in Ontario — A focus on diversity*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?la=en>
- ⁹⁶ T. Wilson, Communication personnelle. (2021).
- ⁹⁷ Migrant Workers Alliance for Change. (2020). *Unheeded warnings: COVID-19 and migrant workers in Canada*. <https://migrantworkersalliance.org/wp-content/uploads/2020/06/Unheeded-Warnings-COVID19-and-Migrant-Workers.pdf>

- ⁹⁸ Ayres, S. (26 septembre 2020). *Pandemic in the fields: The harsh realities temporary foreign workers face in Canada*. Nouvelles de la CTV News. <https://www.ctvnews.ca/w5/pandemic-in-the-fields-the-harsh-realities-temporary-foreign-workers-face-in-canada-1.5120806>
- ⁹⁹ Migrant Workers Alliance for Change. (2020). *Unheeded warnings: COVID-19 and migrant workers in Canada*.
- ¹⁰⁰ Migrant Workers Alliance for Change. (2020).
- ¹⁰¹ Ireton, J. (24 novembre 2020). *Pandemic adding to pressure on rural women's shelters*. Nouvelles de la CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/increased-violence-and-calls-to-women-shelters-impact-covid-rural-areas-1.5805701>
- ¹⁰² Moffitt, P., Aujla, W., Giesbrecht, C. J., Grant, I. et Straatman, A.-L. (2020). Intimate partner violence and COVID-19 in rural, remote, and Northern Canada: Relationship, vulnerability and risk. *Journal of Family Violence*, vol. 1025, n° 31. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00212-x>
- ¹⁰³ Hébergement femmes Canada. (2020). *Shelter Voices 2020 Survey: The impact of COVID-19 on VAW shelters and transition houses*. <http://endvaw.ca/wp-content/uploads/2020/11/Shelter-Voices-2020-2.pdf>
- ¹⁰⁴ Owen, B. (25 novembre 2020). Canada-wide survey of women's shelters shows abuse more severe during COVID-19 pandemic. *Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canada-wide-survey-of-womens-shelters-shows-abuse-more-severe-during-2/>
- ¹⁰⁵ McInnis, O. A., Young, M. M., et le Groupe de travail sur les enquêtes sur la consommation de drogues des élèves. (2015). *Consommation de substances chez les élèves en milieu rural ou urbain* [Rapport technique]. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-06/CCSA-Urban-Rural-Student-Substance-Use-Report-2015-fr.pdf>
- ¹⁰⁶ Russell, C., Nuefeld, M., Sabioni, P., Varatharahan, T., Ali, F., Miles, S., Henderson, J., Fischer, B. et Rehm, J. (2019). Assessing service and treatment needs and barriers of youth who use illicit and non-medical prescription drugs in northern Ontario, Canada. *PLoS ONE*, vol. 14, n° 12. Article e0225548. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225548>
- ¹⁰⁷ Hospital for Sick Children. (26 février 2021). *New research reveals impact of COVID-19 pandemic on child and youth mental health* [Communiqué de presse]. <https://www.sickkids.ca/en/news/archive/2021/impact-of-covid-19-pandemic-on-child-youth-mental-health/>
- ¹⁰⁸ Arim, R., Findlay, L. et Kohen, D. (2020). Les répercussions de la COVID-19 sur la santé et le comportement des jeunes : résultats de la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 1 (Catalogue N°. 45280001). *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00020-fra.htm>
- ¹⁰⁹ Instituts de recherche en santé du Canada. Institute of Neurosciences. (2021). *Les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et la toxicomanie Résumé non scientifique de projets de synthèse des connaissances*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52373.html>
- ¹¹⁰ Baker, R. (12 mai 2020). *COVID-19 isolation threatening mental health of rural youth*. Canada's National Observer. <https://www.nationalobserver.com/2020/05/12/news/covid-19-isolation-threatening-mental-health-rural-youth>
- ¹¹¹ Université Trent. (17 juin 2020). *The impact of physical distancing on older volunteers in rural communities* [Article de presse]. <https://www.trentu.ca/coronavirus/news-events/27111>
- ¹¹² Chong, T., Curran, E., Ames, D., Lautenschlager, N. T., et Castle, D. J. (2020). Mental health of older adults during the COVID-19 pandemic: Lessons from history to guide our future [Lettre à l'éditeur]. *International Psychogeriatrics*, vol. 32, n° 10, pages 1249–1250. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001003>
- ¹¹³ Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention global policy recommendations*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>
- ¹¹⁴ Ramalho, R., Adiukwu, F., Bytyçi, D. G., Hayek, S. E., Gonzalez-Diaz, J. M., Larnaout, A., Grandinetti, P., Kundadak, K. G., Nofal, M., Pereira-Sanchez, V., Pinto da Costa, M., Ransing, R., Teixeira, A. L. S., Shalbfan M., Vidal, S.-J., Syarif Z. et Orsolini, L. (2020). Telepsychiatry and healthcare access inequities during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 53, article 102234. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102234>
- ¹¹⁵ Centres for Disease Control and Prevention. (2021). *Rural communities*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/other-at-risk-populations/rural-communities.html#>

¹¹⁶ Sood, L. et Sood, V. (2020). Being African American and rural: A double jeopardy from COVID-19. *Journal of Urban Health*, vol. 37, n° 1, pages 217-221. <https://doi.org/10.1111/jrh.12459>

¹¹⁷ Centre for Rural and Remote Mental Health. (2018). *The orange declaration on rural and remote mental health*. <https://www.crrmh.com.au/research/the-orange-declaration/>

¹¹⁸ Régie de la santé du Nord. (2020). *Northern BC rural and remote and First Nations communities COVID-19 response framework*. https://www.northernhealth.ca/sites/northern_health/files/health-information/health-topics/coronavirus/documents/covid-19-response-framework-rural-first-nations.pdf



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

Tél : 613.683.3755
Télééc : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [@/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in /Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)

[p/theMHCC](https://www.pinterest.com/theMHCC)