

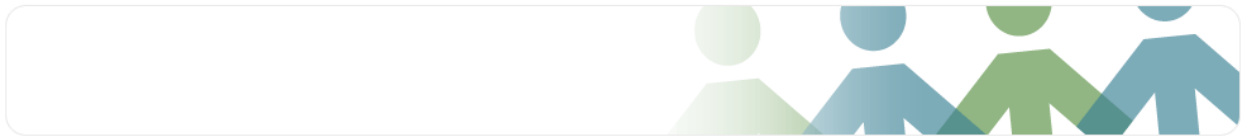


# Parité en santé mentale au Canada :

## Législation et mesures complémentaires

Énoncé de position de 2019  
Association canadienne des  
travailleuses et travailleurs sociaux

Auteure : Kylie Schibli



---

Fondée en 1926, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) est la porte-parole des travailleuses et des travailleurs sociaux du Canada.

L'ACTS a adopté une approche proactive à l'égard des enjeux qui ont un rapport avec la politique sociale ou le travail social. Elle produit en temps opportun des renseignements qu'elle distribue à ses membres, et elle lance et parraine des projets spéciaux.

Soucieuse de justice sociale et de son rôle permanent dans la défense des droits sociaux, l'ACTS est reconnue à l'échelle nationale et internationale pour ses compétences dans le domaine des politiques sociales.

La mission de l'ACTS est de promouvoir la profession de travailleur social au Canada et de faire progresser la justice sociale. L'ACTS participe à la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS).



***This document is also available in English***



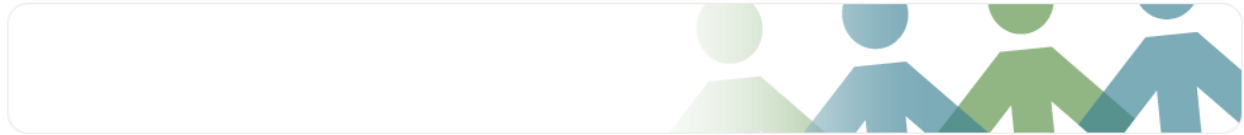
## Résumé

L'impact de l'usage des opioïdes au Canada a atteint des proportions catastrophiques avec plus de 11 500 décès entre janvier 2016 et décembre 2018. En 2018 seulement, on a déploré 4 460 décès par opioïdes, ce qui représente un décès toutes les deux heures (Gouvernement du Canada, 2019). Les décès par surdose ont maintenant dépassé ceux causés par les accidents de voiture (Belzak & Halverson, 2018). Bien que la situation actuelle semble avoir progressé rapidement, le manque de soutien et le sentiment d'isolement affectent depuis longtemps les personnes aux prises avec divers problèmes de santé mentale et physique entraînant la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Le fait est que le désir de masquer la douleur, qu'elle soit émotionnelle, mentale ou physique, ne semble avoir atteint la notoriété publique que lorsqu'il est devenu évident que ce problème touchait toutes les strates de la société. Comme l'expliquent Belzak et Halverson (2018), « le problème ne se limite pas aux personnes qui utilisent des drogues illégales ou des drogues de la rue ; il s'agit plutôt d'une crise nationale de santé publique qui touche les gens de toutes les communautés, de tous âges et de tous les groupes socioéconomiques » (p. 224).

Bien que le présent document commence par définir le besoin d'une *Loi sur la parité en santé mentale* dans le contexte opportun — et profondément troublant — de la réponse à la crise actuelle des opioïdes, l'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) recommande cette approche comme un moyen concret de favoriser un bien-être plus global pour tous ceux et celles qui vivent au Canada. C'est une approche qui permettra de résoudre plusieurs des problèmes les plus urgents auxquels notre pays fait face. Par exemple, en plus de la récente crise des opioïdes, notre pays est depuis nombre d'années en pleine crise du suicide : Statistique Canada a même noté en 2017 que c'était la neuvième cause de décès.

Pour introduire pleinement le concept de *parité* tel qu'il se rapporte à ces recommandations, la parité de santé mentale ou parité d'estime signifie « valoriser la santé mentale autant que la santé physique afin de réduire les inégalités en matière de mortalité, de morbidité ou de prestation des soins » (Mitchell, Hardy & Shiers, 2017). Bien que le Canada consacre des fonds à la lutte contre les disparités dans les soins de santé mentale, nous accusons du retard en ce qui concerne la reconnaissance de l'importance de la parité par le biais de la législation.

La recommandation d'une *Loi sur la parité en santé mentale*, proposée conjointement avec les mesures complémentaires également indiquées ici, est alignée sur les principes d'une approche de santé mentale préventive et raisonnable. En effet, en tant que profession, le travail social s'est beaucoup investi dans le soutien aux personnes de tous les groupes démographiques, en mettant l'accent sur la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé pour corriger les inégalités. Les travailleurs sociaux comprennent que les problèmes de santé sont exacerbés par les inégalités qui touchent certains segments de la population plus que d'autres.



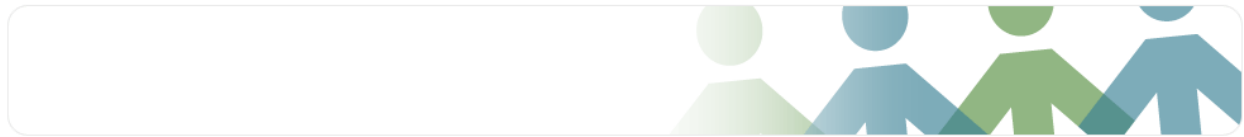
L'approche actuelle de la crise des opioïdes et de la santé mentale en général fait défaut lorsqu'il s'agit de reconnaître la santé et le bien-être comme un droit de la personne. Il est essentiel, pour réduire les disparités, de reconnaître l'importance des soins et des services de santé mentale pour la consommation problématique de substances, appelés services de toxicomanie dans plusieurs régions. Plus précisément, l'ACTS propose une nouvelle vision de la santé mentale qui reconnaît la relation inséparable entre la consommation d'alcool et d'autres drogues et tient compte des dimensions structurelles limitant l'accès et les soins.

Le but de ce rapport est d'explorer les approches internationales de la parité en santé mentale afin d'éclairer la façon dont cela pourrait être mis en œuvre au Canada. Enfin, notre objectif est de souligner le besoin de soins et de services de santé mentale pour régler les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues par le biais d'une *Loi sur la parité en santé mentale*.

## Contexte

En 2015, plus de 3 millions de Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires ou avoir sérieusement envisagé de mettre fin à leurs jours (Statistique Canada, 2015a). Les collectivités des Premières nations sont touchées de façon disproportionnée, avec des taux de suicide de cinq à sept fois plus élevés chez les jeunes Autochtones que chez les jeunes Allochtones. Dans le cas des jeunes Inuits, le taux de suicide est même de 11 fois supérieur à la moyenne nationale (Gouvernement du Canada, 2018). Les injustices historiques découlant des politiques et pratiques coloniales continuent d'avoir des répercussions sur la vie des peuples autochtones. La discrimination raciale et l'impact transgénérationnel des traumatismes découlant des pensionnats indiens sont clairement liés aux problèmes de santé mentale (Allan et Smylie, 2015). Selon un sondage pancanadien mené auprès de 500 jeunes Autochtones âgés de 11 à 30 ans, près de la moitié d'entre eux ont déclaré que la consommation de drogues et d'alcool constituait le plus grand défi auquel leur communauté faisait face. Selon un répondant : « Nous souffrons, donc nous buvons, et nous élevons des enfants qui souffrent, ainsi le cycle se répète » (Voix des jeunes Autochtones, 2018, p. 31). Les problèmes de santé mentale et le suicide ont également été signalés comme des problèmes majeurs qui nuisent aux communautés autochtones.

L'apparition de problèmes de santé mentale liés à la consommation excessive d'alcool et d'autres drogues a fait l'objet de nombreuses discussions dans le contexte de l'épidémie d'opioïdes en Amérique du Nord (ACSM, 2018a). Entre janvier 2016 et septembre 2018, on a compté 10 337 décès apparemment liés aux opioïdes, dont la plupart étaient accidentels (93 % en 2019) (Gouvernement du Canada, 2019). Cela signifie que des personnes peuvent avoir pris des opioïdes contaminés par des substances toxiques, comme le fentanyl, ce qui augmente les risques de surdose et de décès. Selon l'Autorité sanitaire des Premières nations (ASPN, 2019),



les populations autochtones sont cinq fois plus susceptibles que les populations allochtones d'être victimes d'une surdose et trois fois plus susceptibles d'en mourir.

Une étude récente détaillant la situation au Canada de 1990 à 2014 en ce qui a trait à la mortalité et à l'incapacité attribuables à l'usage d'opioïdes a révélé que le taux d'années perdues a augmenté de 142,2 % pendant cette période, avec une augmentation de 28,2 % entre 2004 et 2014. En 2014, 355,5 Canadiens sur 100 000 souffraient d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes ayant entraîné un décès ou une invalidité, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux mondial de 193,2, mais inférieur au taux de 767,9 observé aux États-Unis (Orpana et coll., 2018).

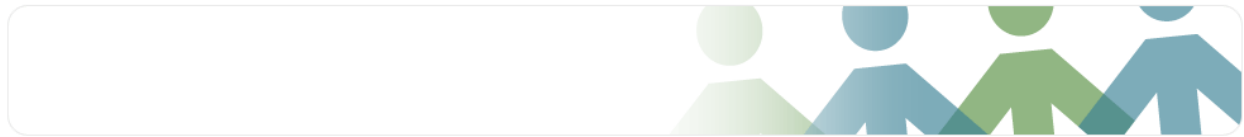
On estime que les troubles concomitants aux troubles de l'humeur ou à l'anxiété et aux troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont touché en une seule année 282 000 Canadiens âgés de 15 à 64 ans (1,2 %). Il est intéressant de noter que près de 30 % des personnes atteintes de troubles concomitants ont déclaré souffrir d'au moins deux maladies physiques chroniques et que près de 40 % estimaient que leurs besoins en soins de santé mentale n'étaient pas entièrement satisfaits (Khan, 2017).

L'ACTS félicite le gouvernement fédéral d'avoir adopté une approche de santé publique à l'égard des services de toxicomanie en appuyant les stratégies de réduction des méfaits et en adoptant la *Loi sur les bons Samaritains secourant les victimes de surdose*. Ces approches ont sauvé des vies, mais il reste encore beaucoup à faire pour s'attaquer aux complexités liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Les approches de réduction des méfaits, y compris les trousse de naloxone à emporter à la maison, la prévention des surdoses, les sites de consommation supervisée et le traitement aux agonistes opioïdes, ont permis de réduire le nombre de décès potentiels causés par une surdose. En Colombie-Britannique entre avril 2016 et décembre 2017, on a ainsi sauvé 3030 vies (Irvine et coll., 2019).

De plus, les plus récentes données du BC Coroners Service (2019) indiquent qu'il n'y a pas eu de décès par surdose dans les sites de consommation supervisée ou de prévention des surdoses de drogues entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 mars 2019. Cependant, ces approches n'ont pas été en mesure de réduire de façon fiable l'impact global des opioïdes, de nombreuses personnes consommant seules des substances illégales, ce qui les expose à un risque accru de décès par surdose (ACSM, 2018a).

L'ACTS (2018) a exhorté le gouvernement à étendre son approche de santé publique au traitement de la consommation problématique de substances par la décriminalisation de la consommation personnelle de psychotropes. Une telle approche entraînerait probablement moins de décès et pourrait encourager les gens à utiliser des sites de consommation supervisée et à demander de l'aide au besoin, ce qui pourrait prévenir la progression vers un trouble de



consommation d'opiacés. Plus important encore, cette approche réduirait la stigmatisation et améliorerait l'équité en santé tout en envoyant un message de soutien.

En réponse à ces chiffres désastreux, en décembre 2012, la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide* a été adoptée, ce qui a mené à la création du *Cadre fédéral de prévention du suicide* (Gouvernement du Canada, 2016). Ce cadre vise à contribuer à la mise en œuvre d'autres initiatives en santé mentale, y compris la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Changer les orientations, changer les vies* (Commission de la santé mentale du Canada, 2012) et le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Santé Canada, 2015). La combinaison de ces cadres nationaux souligne que le suicide et la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues sont indissociables de la santé mentale.

Les provinces et les territoires ont également adopté des approches pour intégrer la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues comme un facteur clé ayant une incidence sur la santé mentale. C'est ce qui a mené, en Colombie-Britannique, à la création d'un ministère de la Santé mentale et des Toxicomanies qui collabore avec l'ASPN et à la formation en Ontario d'un organisme central pour surveiller les soins en santé mentale et en toxicomanie (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019). Il existe divers cadres provinciaux et territoriaux qui intègrent les systèmes de soins (voir Gouvernement du Québec, 2010), mais ces initiatives sont insuffisantes à moins qu'elles ne soient appuyées et financées adéquatement, comme l'indiquent les 1,6 million de Canadiens qui estiment que leurs besoins en santé mentale n'ont pas été satisfaits (Statistique Canada, 2015b).

Un récent sondage mené auprès d'un peu plus de 1 000 Canadiens a révélé que plus de la moitié (55 %) étaient insatisfaits des temps d'attente pour les soins de santé mentale financés par l'État et que quatre sur dix (42 %) ont déclaré avoir été dans une situation où leurs frais médicaux étaient supérieurs à leur revenu disponible (McLeod Macey, 2019). Le coût des médicaments présente également un risque pour les personnes qui ont besoin de soins de santé mentale, car les médicaments psychiatriques peuvent être très coûteux (ACMMSM, 2016). Sans un emploi stable et permanent et sans accès à une assurance-maladie privée, les gens ont de la difficulté à se payer des médicaments et services de santé mentale (ACMMSM, 2016 ; ACSM, 2018b). Ils peuvent renoncer à des soins essentiels pour assurer d'autres frais de subsistance, comme le loyer ou la nourriture. Avec l'augmentation de l'emploi précaire, comme les postes à temps partiel et temporaires, il est probable que ce nombre continuera d'augmenter (Lightman et coll., 2008). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013),

Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent non seulement des attributs individuels comme la capacité de gérer ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses interactions avec les autres, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux comme les politiques



nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social communautaire. L'exposition à l'adversité à un jeune âge est un facteur de risque évitable (p. 7).

L'ACTS considère les soins de santé mentale comme un droit fondamental de la personne, car chaque personne doit être traitée avec dignité et respect. À cet égard, l'ACTS appuie les changements structurels qui s'attaquent aux inégalités sociales afin d'améliorer le bien-être de tous : ce sont là des éléments fondamentaux du *Code de déontologie* de l'ACTS, l'un des principaux documents d'orientation de notre profession.

Au Canada, les soins de santé mentale sont dispensés par une gamme de prestataires, comme des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé mentale. Cependant, contrairement à la santé physique, les soins de santé mentale ne sont pas toujours couverts par les régimes d'assurance-maladie publics.

Un rapport publié en 2012 soulignait que les Canadiens de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles d'avoir recours à des mesures de soutien informelles pour des problèmes de santé mentale et émotionnels, y compris des problèmes de toxicomanie, plutôt que de recourir aux professionnels de la santé, y compris les travailleurs sociaux, à raison de 27 % et 12 % respectivement. Ce qui est plus troublant, c'est que 71 % des répondants n'ont pas demandé de soutien pour des problèmes de santé mentale au cours de la dernière année (Findlay et Sunderland, 2014). L'assurance-maladie publique ne couvre pas beaucoup de services de santé mentale, alors que les régimes privés imposent également des plafonds de couverture trop faibles pour autoriser une quantité significative de services.

Plus récemment, on a signalé que la majorité des Canadiens consultent leur médecin de famille lorsqu'ils cherchent à obtenir de l'aide pour des problèmes de santé mentale et que seulement 22 % demandent l'aide de travailleurs sociaux (Statistique Canada, 2015). Cela s'explique probablement par l'approche actuelle des soins de santé mentale au Canada, où seuls les services obtenus auprès d'un médecin de famille ou en milieu hospitalier ont tendance à être couverts par la santé publique. Bien sûr, il existe des différences régionales, de nombreuses régions du Canada offrant de solides programmes communautaires de santé mentale, mais le présent document adopte délibérément une approche globale et de haut niveau afin de répondre aux tendances et aux préoccupations pancanadiennes. L'engagement du gouvernement fédéral d'investir 5 milliards de dollars sur 10 ans afin d'améliorer l'accès aux services de santé mentale provinciaux et territoriaux est encourageant, mais il n'entraîne pas de changements structurels (gouvernement du Canada, 2017). En tant que profession dont le mandat premier est de soutenir les individus et d'améliorer leur vie en améliorant les déterminants sociaux de la santé, il est préoccupant de constater que nos compétences n'atteignent pas la plupart des Canadiens en quête de soutien.



## Modèles internationaux de parité en santé mentale

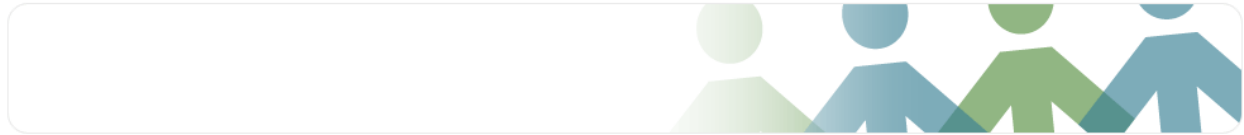
Pour réitérer l'idée principale du présent rapport, la parité de santé mentale ou parité d'estime signifie « valoriser la santé mentale autant que la santé physique afin de réduire les inégalités en matière de mortalité, de morbidité ou de prestation des soins » (Mitchell, Hardy & Shiers, 2017). Bien que le Canada consacre des fonds à la lutte contre les disparités dans les soins de santé mentale, nous accusons du retard en ce qui concerne la reconnaissance de la parité par le biais de la législation. À ce stade, il est important de noter que l'ACTS ne recommande ni n'appuie les modèles dont il est question ici. Ces pays fournissent des exemples de la manière dont le concept de parité est mis en œuvre, et ils ne sont cités dans le présent document que comme vecteurs de discussion.

Aux États-Unis, la parité est devenue loi en 1996 en vertu de la *Mental Health Parity Act* (MHPA), puis de la *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* (MHPAEA) de 2008. De même, le Royaume-Uni a adopté en 2010 l'*Equality Act*, qui confère aux services de santé la responsabilité juridique de garantir que les personnes souffrant de maladies mentales graves puissent accéder aux soins de santé au même titre que la population générale. Cela a mené à la publication, en 2011, du rapport *No Health Without Mental Health* qui faisait référence à la parité d'estime pour la première fois et qui a été incorporé par la suite dans la *Health and Social Care Act* de 2012 (Mitchell et al., 2017 ; Mental Health Foundation, 2019). Toutes les nations du Royaume-Uni ont leur propre système de santé publique ainsi qu'un nouveau secteur privé de la santé. Le National Health System (NHS) est responsable du secteur public des soins de santé et est financé principalement par l'impôt national. Dans la section suivante, nous nous concentrerons sur le système de santé publique de l'Angleterre.

### Angleterre

À la suite de l'adoption de la *Health and Social Care Act* en 2012, des Clinical Commissioning Groups (GCC) ont été créés à titre d'organismes cliniques responsables de la planification et de la mise en service des services de soins de santé pour leur région. On compte environ 191 GCC en Angleterre (NHS Clinical Commissioners, 2019). Les changements apportés aux services de santé mentale en vertu de la *Health and Social Care Act* (2012) ont été associés à une diminution des cas de suicide, à une plus grande disponibilité des services communautaires spécialisés, à une meilleure compréhension des patients souffrant de comorbidités (c.-à-d., abus de drogues ou d'alcool ainsi que maladie mentale grave) et à une communication et à un partage efficaces des renseignements avec les familles après un suicide. L'introduction de politiques visant à aider les jeunes à gérer la transition vers les services de santé mentale pour adultes et la mise en œuvre de lignes directrices fondées sur des données probantes sur la dépression ont été des facteurs structurels essentiels associés à ce déclin. Toutefois, malgré l'importance accrue accordée à la santé mentale, il y a toujours des lacunes dans la prestation des services (Mitchell et coll., 2017).



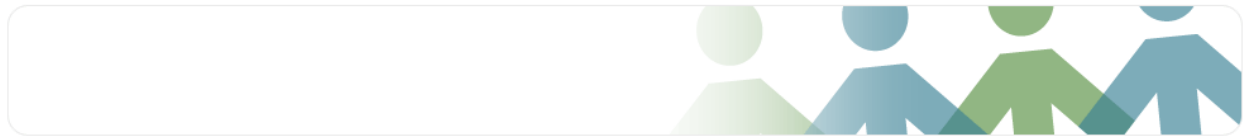


Les dernières recommandations du Mental Health Task Force, groupe de travail indépendant, formé d'éminents experts en soins de santé et de personnes ayant de l'expérience vécue, préconisaient un ensemble de recommandations au National Health System (NHS) d'Angleterre dans un rapport intitulé *Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England* (Mental Health Taskforce, 2016). Le rapport de 82 pages contient des recommandations détaillées sur l'amélioration des soins de santé mentale dans les ministères responsables du logement, de l'éducation, de l'emploi et de la santé par l'intégration des services et la collaboration active.

L'amélioration des services de santé mentale est centrée sur la prévention, l'accès, l'intégration, la qualité et l'expérience positive des soins. Le NHS a accepté d'adopter les recommandations et a mis en place une stratégie de mise en œuvre assurant un accès accru aux services et un engagement à réunir divers fournisseurs de soins de santé pour offrir des services essentiels de santé mentale. Une série d'objectifs ont été fixés pour 2020-2021, notamment :

1. atteindre au moins 70 000 enfants et jeunes de plus par an, ce qui fera passer l'accès de 28 % à 35 % ;
2. fournir 1 700 thérapeutes et superviseurs supplémentaires ;
3. atteindre 30 000 femmes de plus pour fournir des services de santé mentale périnatale ;
4. accroître l'accès aux psychothérapies, pour atteindre 25 % de plus de la population adulte ayant des problèmes de santé mentale communs ;
5. donner la priorité à l'accès précoce aux soins, où 75 % des personnes recevront un soutien en santé mentale dans un délai de 6 semaines et 95 % dans un délai de 18 semaines ;
6. soutenir les services communautaires de santé mentale, de sorte que 60 % des personnes reçoivent un soutien immédiat fondé sur des données probantes à la suite d'un épisode psychotique ;
7. promouvoir la continuité des soins pour les personnes ayant des démêlés avec le système correctionnel par l'entremise de spécialistes de la liaison et de la déjudiciarisation afin d'assurer un soutien en santé mentale après la libération ;
8. réduire le nombre de suicides de 10 %.

Plus important encore, tous ces objectifs sont appuyés par une augmentation du financement et du nombre de fournisseurs de soins de santé mentale. Une description des changements à apporter à l'infrastructure actuelle pour la prestation de ces services est alignée sur les priorités en matière de santé mentale. La transparence est appuyée par la création d'un nouvel agent principal responsable et de trois groupes essentiels à la supervision de la prestation des recommandations. Au cœur du présent rapport se trouve la nécessité d'intégrer les soins de santé physique et mentale grâce à la collaboration entre les secteurs, y compris les administrations locales, le logement, l'éducation, l'emploi et le secteur bénévole. Il y a peu de



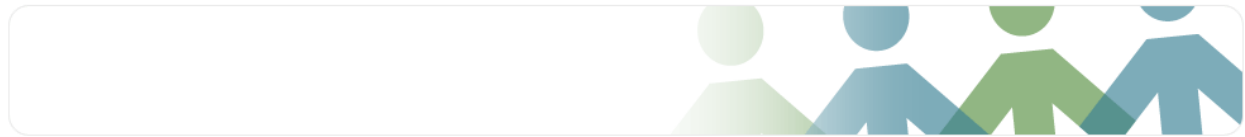
discussions toutefois sur la responsabilité des autorités locales responsables de la prestation des services.

Malgré l'élaboration d'un cadre encourageant pour la prestation des services de santé mentale, il semble y avoir un décalage entre ce qui est discuté au sommet et ce qui se passe en première ligne, soit une diminution du nombre de fournisseurs de soins de santé mentale, en grande partie en raison de salaires insuffisants et d'un financement insuffisant pour répondre aux besoins croissants de la population (Campbell, 2018).

Selon une étude de 2016 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la qualité des soins de santé au Royaume-Uni, « Pour réaliser de nouveaux gains de qualité, chaque système doit trouver un équilibre approprié entre une approche réglementaire descendante de la gestion de la qualité et un modèle ascendant, dirigé localement, d'amélioration de la qualité » (p. 21). Il n'est pas possible de déléguer les services de santé mentale à partir du sommet sans bien comprendre les défis et les obstacles auxquels font face ceux qui offrent ces services.

En janvier 2019, le NHS a publié un plan à long terme de 10 ans à la suite de l'annonce par le premier ministre d'une augmentation annuelle moyenne de 3,4 % du budget du NHS d'Angleterre entre 2019-2020 et 2023-2024 (soit une augmentation de 20,5 milliards de livres sur la période) pour faire face à la crise émergente des soins de santé (Siddique, 2019). La santé mentale demeure une priorité et, bien qu'il y ait eu des discussions centrées sur les approches de prévention en matière de santé, celles-ci semblent être largement liées au comportement individuel plutôt qu'aux inégalités systémiques (Boseley, 2019).

Le système de santé publique du Royaume-Uni ne couvre pas la totalité des coûts des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins optiques, des perruques et des supports textiles (NHS, 2016). Toutefois, il existe diverses exemptions où les particuliers ne sont pas tenus de payer ou paient un taux réduit, comme dans le cas des familles vivant dans une situation de faible revenu. En outre, il existe plusieurs exemptions pour les ordonnances gratuites, qui incluent les enfants de moins de 16 ans, les adultes de plus de 60 ans, les femmes enceintes et les nouvelles mères. L'assurance-maladie privée est également disponible. Elle est souvent fournie par le biais des régimes d'avantages sociaux des employeurs. Il est également possible de se procurer des soins payants par le biais du système de santé privé, mais il est beaucoup plus petit que le système public.



## États-Unis

Le système de soins de santé des États-Unis se compose à la fois d'assurances-maladie privées et d'une couverture publique par le biais de programmes financés par le fédéral et les États, tels que Medicare, Medicaid et le Children's Health Insurance Program (CHIP). Medicare est un programme fédéral d'assurance sociale pour les adultes de 65 ans et plus et certaines personnes handicapées, tandis que Medicaid et le CHIP sont destinés aux familles à très faible revenu et sont financés conjointement par les gouvernements fédéral et des États (The Commonwealth Fund, 2019).

La plupart des Américains obtiennent une assurance-maladie privée par l'intermédiaire de leur employeur. En outre, dans certains centres urbains, il existe des hôpitaux publics appartenant à des administrations locales ou à des autorités spéciales telles que des villes, des comtés ou des districts qui fournissent des soins de santé à ceux qui ne sont pas assurés, qui obtiennent Medicaid ou qui n'ont pas les moyens de se les procurer et qui appartiennent le plus souvent à des groupes ethniques ou raciaux minoritaires.

Par exemple, au Parkland Memorial Hospital de Dallas, au Texas, les patients parlent plus de 54 langues ou dialectes. Les hôpitaux publics urbains sont passés d'établissements de logement social, les « *poorhouses* », à des centres médicaux universitaires, pour représenter maintenant une forme de développement communautaire par l'engagement avec les populations de patients pour aborder les déterminants sociaux de la santé (Anderson et coll., 2004). Cependant, les hôpitaux publics sont susceptibles de fermer leurs portes en raison des compressions budgétaires et ont besoin du soutien des populations qu'ils servent (Ko et al., 2014).

Aux États-Unis, la parité est devenue loi en 1996 en vertu de la *Mental Health Parity Act* (MHPA), puis de la *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* (MHPAEA) de 2008. La MHPAEA exige que les assureurs offrent la même couverture pour les soins de santé mentale et la toxicomanie, appelée « santé comportementale » (Barry et Huskamp, 2011, p. 973), que pour les soins de santé physique.

Cependant, la MHPAEA ne garantit pas que les soins de santé mentale et le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues seront intégrés aux polices des assureurs. La couverture doit être au même niveau que les prestations médicales et chirurgicales lorsqu'elle est déjà intégrée à un régime ou à une police (Beronio et coll., 2014).

Cette lacune dans les soins a été comblée par la *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA) de 2010, communément appelée *Obamacare*, qui a été adoptée pour s'assurer que chaque Américain ait accès à une assurance-maladie abordable. L'ACA a exigé que chaque citoyen américain achète une assurance-maladie. Cette loi avait trois objectifs principaux (U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019) :



1. Rendre l'assurance-maladie accessible à un plus grand nombre de personnes. La loi accorde aux consommateurs des subsides (« crédits d'impôt sur les primes ») qui réduisent les coûts pour les ménages dont le revenu se situe entre 100 % et 400 % du seuil de pauvreté fédéral.
2. Étendre le programme Medicaid à tous les adultes dont le revenu est inférieur à 138 % du seuil de pauvreté fédéral.
3. Appuyer les méthodes novatrices de prestation de soins médicaux conçues pour réduire les coûts des soins de santé en général.

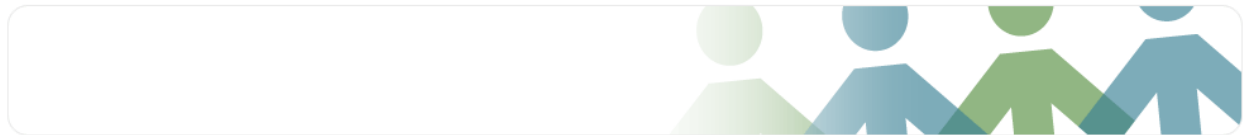
On a fait valoir que l'impact complet de la MHPAEA n'est entré en vigueur qu'avec la mise en œuvre de l'ACA, puisqu'elle a fourni des lignes directrices pour un meilleur accès aux services de santé mentale et de toxicomanie grâce à l'imposition d'une « obligation nationale de s'assurer » (Frank, 2018, p. 616). L'ACA a remédié aux limites de la MHPAEA en assurant les personnes les plus marginalisées et en insistant pour que les assureurs offrent une couverture aux personnes déjà atteintes d'une maladie (ou déjà en état de grossesse) sans augmenter les frais de couverture et en encourageant les petites entreprises à offrir une assurance-maladie aux employés en créant des crédits d'impôt (Galan, 2018). La MHPAEA ne couvrait pas les régimes individuels et de petits groupes (2 à 50 personnes), qui ne sont entrés en vigueur qu'en 2014 avec les exigences énoncées dans l'ACA (Kennedy-Hendricks et al., 2018 ; Custer, 2015).

Kennedy-Hendricks et ses collaborateurs (2018) ont comparé les coûts et l'accès aux services de soins de santé mentale pour les familles ayant des enfants atteints de troubles mentaux avant (2008-2009) et après qu'ils aient été assujettis à la parité en vertu de la MHPAEA (2011-2012) avec les familles qui ne l'étaient pas (p. ex. inscrites à des régimes collectifs). L'examen portait sur 69 233 enfants atteints de troubles mentaux et comprenait une analyse distincte pour 4 292 enfants ayant des coûts de soins de santé excessifs.

Avant la parité, les coûts des soins de santé étaient en moyenne de 824 \$ (dont 327 \$ de leur poche) par année. Les familles aux prises avec des coûts excessifs dépensent en moyenne, chaque année, 5 453 \$ (dont 1 603 \$ de leur poche). Grâce à l'analyse des demandes de remboursement des patients hospitalisés, des patients externes et des produits pharmaceutiques, on a découvert que les familles ayant des enfants atteints de troubles mentaux économisaient en moyenne 140 \$ par année lorsqu'elles étaient assujetties à la parité.

De plus, les familles aux prises avec des coûts excessifs en soins de santé mentale ont économisé en moyenne 234 \$ par année à la suite de la mise en œuvre de la MHPAEA. Les auteurs concluent que même si la parité est associée à une protection financière pour les familles ayant des enfants atteints de troubles mentaux, les économies pourraient ne pas suffire à alléger leur fardeau financier.

Li et Ma (2019) ont exploré l'accès et l'utilisation des services de santé mentale chez les enfants et les jeunes à revenu moyen vivant dans des États dotés de lois sur la parité comparativement

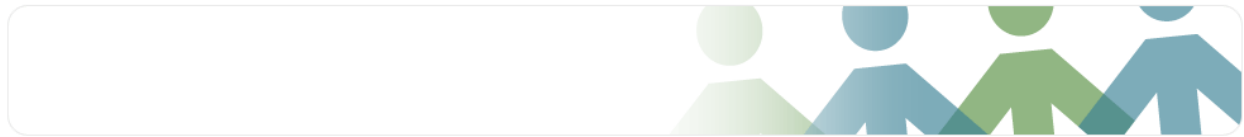


aux enfants et aux jeunes vivant dans des États sans lois sur la parité en 2007. Ils ont découvert que dans les États dotés de telles lois, il y avait une augmentation de l'utilisation des services de santé mentale et des diagnostics de troubles anxieux. Selon les auteurs, ces résultats suggèrent que les lois sur la parité en santé mentale ont amélioré l'accès, ce qui a probablement contribué à l'identification d'états de santé mentale qui autrement n'auraient peut-être pas été détectés. Ils discutent ensuite des conséquences de l'abrogation de l'ACA qui appuie les exigences de la MHPAEA selon lesquelles la couverture en santé mentale doit être offerte par les assureurs.

Plus précisément, les enfants et les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale, en particulier l'anxiété, peuvent ne pas recevoir le soutien et les soins dont ils ont besoin, ce qui leur pose des défis leur vie durant. De plus, cette carence peut entraîner des problèmes de santé mentale non diagnostiqués.

L'ACA a souligné l'importance de systèmes de soins intégrés et complets et a reconnu que la façon la plus efficace de s'attaquer aux disparités en santé mentale était de tendre la main à ceux qui en ont le plus besoin et de reconnaître à quel point elles sont étroitement liées à la santé physique (Barry, 2011). L'ACA permettait également aux enfants de demeurer couverts par le régime d'assurance de leurs parents jusqu'à l'âge de 26 ans. La combinaison de l'ACA et de la MHPAEA semblait combler bon nombre des lacunes dans les services de soins de santé mentale et de toxicomanie, car elle permettait aux familles démunies de se payer une assurance-maladie couvrant les soins de santé mentale.

Bien que l'accent ait été mis sur la capacité de l'ACA d'améliorer les soins de santé pour les familles à faible revenu, elle a également soutenu les familles à revenu moyen et élevé ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie en insistant pour que les assureurs offrent une couverture en santé mentale et en ne permettant plus que des maladies préexistantes constituent un motif de refus (Beronio et coll., 2014). Les avantages étaient à un égard, universels. Cependant, un changement de gouvernement a entraîné une diminution des investissements destinés au financement d'une assurance-maladie abordable, et l'incitation à souscrire une assurance-maladie, comme l'exige l'ACA, s'est affaiblie lorsqu'elle a été déclarée inconstitutionnelle (REF). Il est décourageant de constater que l'ACA est actuellement portée devant la Cour d'appel fédérale et risque d'être abrogée (de Vogue & Luhby, 2019).



## Le système de santé canadien et la parité en santé mentale

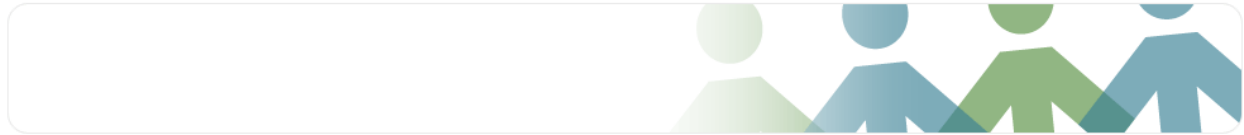
Le programme universel de soins de santé du Canada est régi par la *Loi canadienne sur la santé* (LCS, 1985), qui assure une couverture partagée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les services de santé hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires. En vertu de la LCS, les Canadiens sont censés avoir un accès raisonnable aux services de santé assurés. Le système de soins de santé public du Canada, ou *assurance-maladie*, fonctionne selon un modèle de pratique privée rémunérée à l'acte pour la majorité des médecins (Hutchison et coll., 2011).

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la prestation des soins de santé et des services sociaux. Pour la prestation des services de soins de santé, on s'attend à ce qu'ils suivent les principes énoncés dans la LCS afin de recevoir un financement fédéral par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé (TCS), qui repose sur cinq principes à savoir : a) l'administration publique ; b) l'intégralité ; c) l'universalité ; d) la transférabilité ; et e) l'accessibilité (LCS, 1985).

Il n'existe pas encore de principes établis pour la prestation des services sociaux. De plus, ce qui est jugé médicalement nécessaire est sujet à interprétation, les gouvernements provinciaux et territoriaux décidant quels services prolongés sont couverts. Certaines populations relèvent de la compétence du gouvernement fédéral en matière de soins de santé, notamment : les membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Inuits, les membres actifs des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les détenus des pénitenciers fédéraux et certains groupes de demandeurs du statut de réfugié (gouvernement du Canada, 2016b).

Les ordonnances ne sont couvertes que si elles sont administrées en milieu hospitalier, dans le cadre de programmes de soutien aux personnes handicapées ou de divers programmes provinciaux (ACSM, 2018b). Par conséquent, il existe plus de 100 régimes publics et 100 000 régimes privés d'assurance pour la couverture des médicaments sur ordonnance (Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national, 2019). Selon un sondage de 2019, 71 % des Canadiens paient au moins en partie de leur poche les médicaments sur ordonnance et dépensent en moyenne 500 \$ par année (McLeod Macey, 2019). La mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, souhaité par presque tous les Canadiens, est actuellement à l'étude, mais la façon dont le système sera mis en œuvre fait l'objet de vifs débats (ministère des Finances, 2019).

Le système de soins de santé a subi d'importantes compressions budgétaires fédérales dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix avec l'effondrement du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), qui a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) (ACTS, 2018). Les dépenses limitées en soins de santé dans les



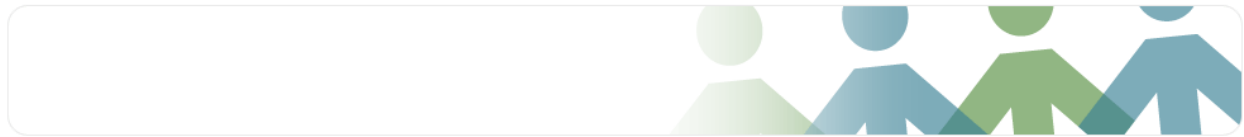
années 1990 ont entraîné un manque d'innovation, d'amélioration de la qualité et d'accès aux soins de santé primaires (Hutchison et coll., 2011).

Depuis les années 2000, les investissements dans les soins de santé ont été plus soutenus, mais le Canada semble être à la traîne lorsqu'il s'agit de reconnaître la santé mentale comme un droit enchâssé dans la législation, avec des investissements consacrés au soutien des soins secondaires. On craint que les soins primaires dispensés par les médecins de famille n'offrent pas les ressources adéquates pour répondre à la demande croissante de soins de santé mentale. Plus précisément, les approches axées sur la nature complexe de la santé mentale exigent un cadre holistique englobant divers fournisseurs de soins de santé, y compris ceux qui possèdent une expertise dans les déterminants sociaux de la santé.

Malgré les progrès réalisés avec la création de la *Commission de la santé mentale du Canada* (CSMC) en 2007, qui a fourni une stratégie pour répondre aux besoins en santé mentale des Canadiens, les services de santé mentale continuent d'être offerts dans un système fragmenté sans financement adéquat (ACSM, 2018). La stratégie de santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer les vies* (2012), décrit six orientations stratégiques pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé mentale :

1. Promouvoir la santé mentale tout au long de la vie à la maison, à l'école et au travail, et prévenir la maladie mentale et le suicide dans la mesure du possible.
2. Favoriser le rétablissement et le bien-être des personnes de tous âges vivant avec des problèmes de santé mentale et des maladies mentales, et faire respecter leurs droits.
3. Donner accès à la bonne combinaison de services, de traitements et de soutiens, quand et où les gens en ont besoin.
4. Réduire les disparités dans les facteurs de risque et l'accès aux services de santé mentale, et renforcer la réponse aux besoins des diverses collectivités et des résidents du Nord.
5. Travailler avec les Premières nations, les Inuits et les Métis pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale, en reconnaissant leur situation, leurs droits et leur culture propres.
6. Mobiliser le leadership, améliorer les connaissances et favoriser la collaboration à tous les niveaux.

*Changer les orientations, changer des vies* (2012) est exhaustif et énonce clairement les préoccupations en matière de santé mentale qui sont importantes dans le contexte canadien, comme la lutte contre les disparités sociales et économiques pour réduire le risque de suicide touchant des populations particulières, notamment les hommes âgés, les jeunes des Premières nations et les jeunes Inuits, de même que les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (p.17).



De plus, l'accent est mis sur les approches préventives tout en reconnaissant les défis continus auxquels font face les personnes ayant des problèmes de santé mentale et des maladies mentales et en demandant à divers secteurs et ministères de s'engager, notamment par l'éducation, la justice, les services correctionnels, les services sociaux et les finances.

L'aperçu détaillé de la nature complexe de la santé mentale et du bien-être ainsi que les recommandations requises pour le système de soins de santé du Canada sont appuyés par un énoncé visant à améliorer le financement fédéral (p. 13) :

- faire passer la proportion des dépenses de santé consacrée à la santé mentale de 7 à 9 pour cent en 10 ans ;
- augmenter de deux points de pourcentage la proportion des dépenses sociales consacrées à la santé mentale par rapport aux niveaux actuels ;

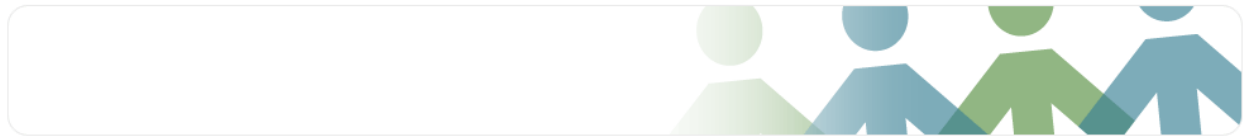
En 2017, la CSMC a présenté un rapport de suivi détaillant les avantages économiques de l'investissement dans la santé mentale, *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. Dans le rapport, il est noté que l'Angleterre consacre environ 13 % de son budget aux soins de santé mentale, ce qui est encore considéré comme faible puisque la maladie mentale représente 23 % du fardeau total des maladies (cité dans Association canadienne pour la santé mentale, 2018).

Un rapport de la CSMC de 2018 présente des recommandations concernant l'expansion des services de psychothérapie au Canada en mettant l'accent sur les programmes au Royaume-Uni et en Australie. Le Royaume-Uni a mis en œuvre en 2008 le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) visant le traitement de la dépression et de l'anxiété ; tandis que l'Australie a lancé en 2006 le programme *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners* (Better Access), une approche axée sur les assurances où les généralistes aiguillent les patients vers des prestataires qui fournissent les services subventionnés en santé mentale (CSMC, 2018).

Un examen externe des organisations pancanadiennes de santé financées par le gouvernement fédéral (OPCS), entrepris par la ministre fédérale de la Santé, Ginette Petitpas Taylor, en 2018, a déterminé que « ce qui a contribué à faire progresser les systèmes de santé canadiens jusqu'à leur état actuel ne les mènera pas là où ils doivent aller » (Forest et Martin, 2018, p. X).

Même si elles reçoivent des fonds fédéraux, les organisations pancanadiennes de santé sont des organismes sans but lucratif autonomes et sans but lucratif qui n'ont aucun lien de dépendance avec le gouvernement canadien. Elles ont été formées entre 1988 et 2007 pour répondre aux préoccupations en matière de politiques de santé et comprennent actuellement le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), entre autres.

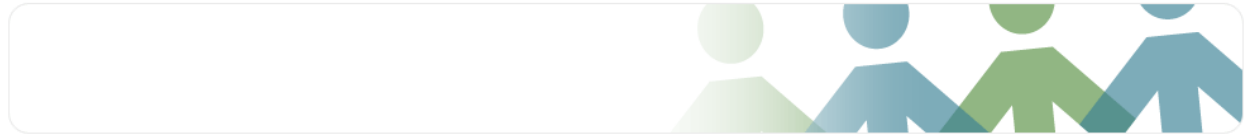




Dans leur étude, Forest et Martin (2018) ont recommandé que le CCLAT et la CSMC évoluent vers quelque chose de nouveau pour s'attaquer aux disparités au cœur des questions liées à la santé mentale et à la toxicomanie. De plus, en ce qui concerne les soins de santé mentale, il est proposé que l'équité soit recherchée en intégrant les soins de santé mentale dans les systèmes de santé publique du Canada, et que les services et les traitements de santé mentale fondés sur des données probantes soient fournis en dehors du milieu hospitalier et des soins médicaux. De plus, il est clairement indiqué que la santé mentale doit être combinée à la santé physique dans les soins primaires.

La motivation d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et le bien-être des Canadiens se reflète dans les diverses stratégies élaborées et dans l'orientation du gouvernement vers une approche plus axée sur la santé publique en matière de toxicomanie.

Malgré ces progrès, près de 50 % des Canadiens considèrent que l'accès aux services de santé mentale est médiocre et 62 % d'entre eux se sentent nerveux, effrayés et angoissés lorsqu'ils envisagent l'avenir des soins de santé au Canada (Colledge, 2019). En l'absence de principes orientant les gouvernements provinciaux et territoriaux vers les dépenses en santé mentale et d'une surveillance limitée lorsqu'il s'agit d'adhérer à la stratégie de santé mentale, il est peu probable qu'il y ait un changement corrélatif : la recommandation suivante et les mesures complémentaires représentent le plan d'action de l'ACTS face à cette inertie.



## RECOMMANDATION :

### **1. Reconnaître la santé mentale comme un droit de la personne par l'adoption d'une Loi sur la parité en santé mentale :**

La mesure la plus influente de la part du gouvernement fédéral serait d'adopter la *Loi sur la parité en santé mentale* — sans lignes directrices en place, la discussion est insuffisante et l'action semble se limiter à accroître la sensibilisation plutôt qu'à créer des changements pour progresser vers l'équité en santé.

Le gouvernement a le devoir de continuer à travailler avec tous ses partenaires pour s'attaquer au problème. Et même si les provinces et les territoires sont constitutionnellement responsables des soins de santé, des changements s'imposent au niveau fédéral.

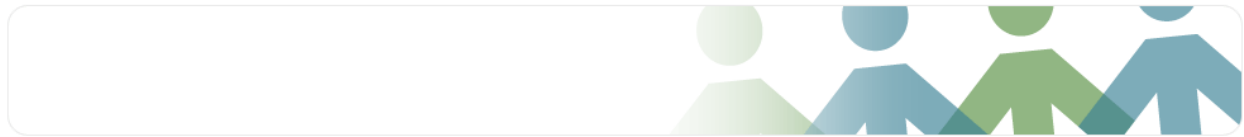
Un changement à la législation qui aboutirait à un système de soins de santé plus holistique et axé sur la collaboration, qui reconnaîtrait l'importance des soins secondaires, auxquels les travailleurs sociaux inscrits sont le plus souvent assujettis. De nombreux travailleurs sociaux et conseillers de première ligne inscrits font partie de ce domaine et offrent le soutien et les ressources nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

**Pour appuyer le succès d'une telle loi, l'ACTS recommande les mesures complémentaires suivantes :**

#### ***1.1 Assurer un accès équitable aux soins et aux services de santé mentale pour traiter la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et assurer la responsabilisation par la création d'un poste de ministre de la Santé mentale et du Bien-être :***

À l'heure actuelle, aucun ministère ou organisme fédéral ne s'occupe spécifiquement des questions de santé mentale et de toxicomanie. Compte tenu de la relation qui existe entre les deux, il faut passer d'une approche isolée de la santé mentale et de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues à une approche conjointe visant le mieux-être mental global. Par exemple, les organismes de santé pancanadiens devraient refléter les connaissances et les connaissances actuelles en matière de santé mentale et de toxicomanie en fusionnant ces aspects centraux des soins de santé.

L'ACTS propose que la création d'un poste de ministre fédéral de la Santé mentale et du Bien-être souligne l'importance de tenir compte des divers facteurs qui contribuent à la santé mentale et au bien-être, y compris le rôle de la toxicomanie. De plus, la création d'un tel bureau confirmerait, compléterait et appuierait les nombreuses et excellentes initiatives en cours dans les différentes provinces et territoires pour lutter contre la maladie mentale et soutenir le rétablissement, y compris des stratégies et des plans spécialisés pour lutter contre le suicide et



la crise des opiacés. Le gouvernement fédéral a la responsabilité de fournir sans tarder une vision et un leadership coordonnés au travail des provinces et des territoires dans ce domaine.

De plus, et suivant les exemples impressionnants que l'on trouve dans de nombreuses régions du Canada, la création d'un poste de *ministre de la Santé mentale et du Bien-être* consoliderait la santé mentale comme une priorité fiduciaire, sociale et philosophique dans l'ensemble de notre pays. La santé mentale doit devenir une priorité ; un nouveau *ministre* garantira qu'elle ne peut être négligée.

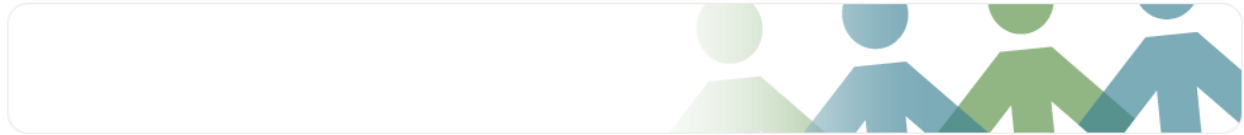
En plus de fournir, par l'entremise du TCS, du financement aux gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral est responsable de la gestion et de la prestation des services de santé et des services sociaux à des populations particulières (c.-à-d. les membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Inuits, les membres actifs des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les détenus des pénitenciers fédéraux et certains groupes de demandeurs d'asile). Le fédéral est ainsi le troisième distributeur en importance des soins de santé. Le gouvernement fédéral peut montrer la voie en répondant aux besoins de santé mentale des Canadiens, comme l'expliquent Forest et Martin (2018) :

Si l'équité est un objectif central des soins de santé, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour l'atteindre. En effet, c'est au gouvernement fédéral qu'il incombe en dernier ressort de définir ce qu'est la citoyenneté pour tous les Canadiens : leurs droits, leurs libertés et leurs responsabilités. Le débat actuel sur la mise en œuvre d'un régime universel d'assurance-médicaments soulève la question de la parité en santé mentale : quelle serait la meilleure façon de la gérer et de la dispenser dans le contexte canadien ? D'après l'aperçu des modèles internationaux choisis, deux orientations sont proposées pour la prestation des services de soins de santé mentale :

1 — Approche de santé publique : Intégrer les services de santé mentale dans le système de santé publique universel par l'instauration de systèmes de soins intégrés et collaboratifs. Accorder des subventions aux programmes de soins de santé et de services sociaux financés par l'État pour leur permettre d'embaucher d'autres fournisseurs inscrits de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

Inclure les références de médecins pour des services de consultation externe qui couvrent les services de santé mentale, dans lesquels les fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de services psychologiques enregistrés, employés par le secteur privé, facturent leurs services au gouvernement. Cette approche ressemblerait à ce qui a été initié en Angleterre.

2 — Approche hybride impliquant les soins privés et publics : Continuer à fournir des services de santé mentale en milieu hospitalier et par les médecins tout en donnant accès à une



couverture d'assurance privée à ceux qui ont besoin de soins supplémentaires et qui, autrement, ne pourraient se le permettre.

Exiger que les assureurs accordent autant d'importance aux services de santé mentale et de toxicomanie qu'à la santé physique. Cette approche prolongerait la prestation actuelle des services de santé mentale au Canada et ressemblerait à ce qui a été entrepris aux États-Unis.

La CSMC (2018) fournit un examen détaillé de ces différentes approches en vue d'améliorer l'accès aux services psychologiques, qui s'appliqueraient à la parité en santé mentale. Cependant, l'ACTS encourage le gouvernement à aller au-delà de l'élaboration d'approches par projet pour les services de santé mentale et à intégrer ces besoins dans un système complet et intégré de soins.

Selon un sondage mené en mai 2019 auprès de 1 500 résidents canadiens âgés de 18 ans et plus, 56 % étaient fortement d'accord pour dire que les soins de santé mentale devraient être couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou territoriaux dans la même mesure qu'une visite chez un médecin de famille ou une clinique médicale communautaire (Abacus Data, 2019).

### **Considérations**

Quelle que soit l'approche adoptée, il faut mettre en évidence les obstacles à l'accès et au traitement efficaces observés en Angleterre et aux États-Unis. Bien que les dépenses de santé soient généralement associées à une augmentation de l'espérance de vie, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, les États-Unis dépensent plus par personne que tout autre pays de l'OCDE (9,4 000 \$ US par habitant), mais l'augmentation de l'espérance de vie a été plus lente (OCDE, 2017). Le financement seul n'est pas suffisant pour garantir des améliorations. Le succès de la mise en œuvre exigera les considérations suivantes :

- **Financement à tous les niveaux de soins** : La question de la pénurie de personnel à laquelle est confronté le système de soins de santé de l'Angleterre souligne l'importance de consacrer des fonds à tous les niveaux de soins. Investir de l'argent dans l'infrastructure sans payer adéquatement ceux qui doivent fournir les services aura pour résultat des lits vides.
- **Temps et soutien de tous les partis politiques** : Les changements structurels mettent du temps à atteindre leur efficacité optimale. Trop souvent, la santé est perçue comme une question partisane plutôt que comme un droit de la personne, et les objectifs d'équité en santé sont tronqués pour des gains politiques. Un changement transformateur demande du courage et nécessitera l'appui de tous les partis politiques au fil du temps.



- **Responsabilisation et surveillance** : Il est impératif qu'un système existe pour déterminer si les changements entraînent un meilleur accès aux services de santé mentale, en particulier parmi les populations les plus marginalisées. De plus, les gouvernements devront être tenus responsables de la distribution des fonds pour s'assurer qu'ils sont distribués aux services de soutien appropriés.

### ***1.2 Œuvrer en faveur de l'équité en matière de santé par la mise en œuvre d'une garantie de revenu de base universel (GRBu) :***

L'ACTS encourage le gouvernement fédéral à travailler pour l'équité en santé en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé. La pauvreté est reconnue comme l'un des principaux facteurs influant sur la santé, les impacts les plus importants se situant à l'extrémité inférieure de l'échelle socioéconomique (OCDE, 2017).

En 2017, l'ACTS a proposé que le gouvernement fédéral crée une garantie de revenu de base universel afin de fournir un soutien du revenu uniforme à tous les Canadiens. Tel qu'indiqué dans notre rapport, *Garantie de revenu de base : Le prochain bond en avant dans la politique sociale canadienne* (2017) :

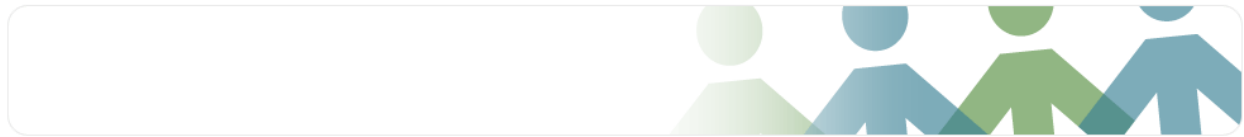
On a découvert que les programmes universels et inconditionnels sont plus efficaces en ce qui concerne la lutte contre les problèmes de santé que les programmes conditionnels (p. 7).

### ***1.3 Élargir l'approche de santé publique pour décriminaliser l'usage personnel de substances psychoactives :***

Tel que décrit dans le Document de travail 2014 de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), l'usage de substances psychoactives illégales (SPI) au Canada persiste malgré les efforts continus pour limiter leur consommation.

La criminalisation des personnes qui consomment ces substances demeure le principal moyen de contrôler leur consommation, ce qui mène à la stigmatisation. L'effet de cette criminalisation ne reflète pas souvent la gravité du crime.

Par exemple, la structure actuelle des amendes et de l'incarcération cause le plus de tort à ceux qui se trouvent à l'extrémité inférieure du gradient social, ce qui entraîne une plus grande inégalité en matière de santé. En réponse à l'épidémie actuelle d'opioïdes, l'ACTS exhorte le gouvernement fédéral à envoyer un message d'appui qui souligne que la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues est un problème de santé publique qui est souvent lié à diverses formes de traumatisme.



#### **1.4 Adopter une *Loi sur l'action sociale* pour définir les principes relatifs aux services sociaux :**

Les soins de santé liés au bien-être mental ne peuvent être séparés des autres influences sociales. L'ACTS a proposé que le gouvernement fédéral mette en œuvre une *Loi sur l'action sociale* afin d'établir des principes pour la prestation des services sociaux. Comme on l'explique dans *Une nouvelle loi sur l'action sociale au Canada : 2,0* :

L'action sociale comprend les services plus traditionnels comme les services de garde d'enfants, les services de protection de l'enfance et les services destinés aux personnes ayant des déficiences physiques, développementales et psychiatriques. Elle comprend également des services pour les sans-abris, pour les personnes qui cherchent un refuge contre les relations abusives, pour la population LGBTQ2+, pour les jeunes, pour les personnes aux prises avec des problèmes liés à la toxicomanie, pour les familles, pour les immigrants et les migrants, pour les aînés et pour toute personne dans la collectivité qui a besoin d'aide spéciale. Les services destinés aux personnes pauvres ou susceptibles de le devenir constituent une part importante de l'aide sociale.

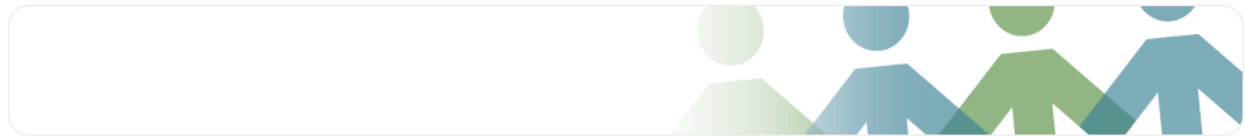
Les disparités en matière de santé touchent toutes les dimensions des soins, l'ACTS exhorte le gouvernement à adopter une approche plus holistique de la santé et à reconnaître l'importance du soutien social.

#### **Conclusion**

La description de la complexité du système de soins de santé du Canada dépasse la portée du présent document, mais notre objectif était de cibler un domaine qui manque de soutien : les soins de santé mentale et les services liés à la toxicomanie. De la même façon, il y a beaucoup d'autres changements — certains pratiques et d'autres philosophiques — que l'ACTS aimerait voir se concrétiser dans le système de soins de santé du Canada : nous décrivons ces recommandations ailleurs et avons choisi de concentrer ce document spécifiquement sur le concept d'une *Loi sur la parité en santé mentale* pour plus de clarté et de répercussions.

Le Canada a besoin d'une nouvelle vision de la santé mentale qui reconnaît la relation inséparable avec la consommation d'alcool et d'autres drogues et tient compte des dimensions structurelles qui limitent l'accès et les soins, ce que l'ACTS croit pouvoir faire en recommandant dans le présent document une *Loi sur la parité en santé mentale*, qui serait améliorée et facilitée par les *mesures complémentaires* indiquées.

Cela exige la reconnaissance de la santé mentale parallèlement à la santé physique, en tant que droit fondamental de l'être humain, par le biais de la *Loi sur la parité en santé mentale* et de la création d'un ministre *de la Santé mentale et du Bien-être* alors que nous travaillons à l'équité en santé.



## Bibliographie

Abacus Data. (2019, mai). *Sondage national d'opinion publique*.

ACTS. (2018 b). *Une nouvelle loi sur l'action sociale pour le Canada : 2,0* Extrait de : [https://www.casw-acts.ca/sites/default/files/documents/A\\_New\\_Social\\_Care\\_Act\\_for\\_Canada\\_2.0\\_FR.pdf](https://www.casw-acts.ca/sites/default/files/documents/A_New_Social_Care_Act_for_Canada_2.0_FR.pdf)

ACTS. (2018a). *Décriminaliser l'usage personnel de substances psychoactives* Extrait de : [https://www.casw-acts.ca/sites/casw-acts.ca/files/attachements/La\\_decriminalisation\\_de\\_lusage\\_personnel\\_de\\_substances\\_psychotropes.pdf](https://www.casw-acts.ca/sites/casw-acts.ca/files/attachements/La_decriminalisation_de_lusage_personnel_de_substances_psychotropes.pdf)

Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON : The Wellesley Institute.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2016). *Santé mentale maintenant !*

Anderson, R. J., Boumbulian, P. J. et Pickens, S. S. (2004). The role of U.S. public hospitals in urban health. *Academic Medicine*, 79(12), 1162–1168.

Association canadienne de santé publique (ACSP) (2014). *Une nouvelle approche pour la gestion des substances psychoactives illégales au Canada*.

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2018 b). *Mettre fin aux disparités en matière de soins de santé au Canada*.

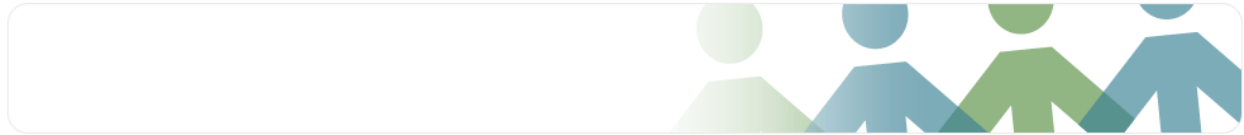
Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2018a). *Prendre soin de ne pas apporter de corrections : Soulager la crise des opioïdes au Canada*.

Autorité sanitaire des Premières nations (ASPN). (2018, 13 juillet). *Mise à jour sur l'intervention en cas de surdosage et les efforts de réduction des méfaits*. Extrait de : <http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/update-on-fnha-overdose-response-and-harm-reduction-efforts>

Barry, C. L., et Huskamp, H. A. (2011). Moving beyond parity — mental health and addiction care under the ACA. *The New England Journal of Medicine*, 365(11), 973-975.

Baum, F. E., et Ziersch, A. M. (2003). Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 57(5), 320-323.

BC Coroners Service. (2019). *Illicit drug overdose deaths in BC January 1, 2009 – March 31, 2019*. Extrait de : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf>



Belzak, L. et Halverson, J. (2018). The opioid crisis in Canada: A national perspective. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 38(6), 224.

Beronio, K., Glied, S. et Frank, R. (2014). How the affordable care act and mental health parity and addiction equity act greatly expand coverage of behavioral health care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(4), 410-428.

Bezo, B., Maggi, S. et Roberts, W. L. (2012). The rights and freedoms gradient of health: Evidence from a cross-national study. *Frontiers in Psychology*, 3, 441.

Boseley, S. (7 janvier 2019). What is the NHS long-term plan and can it achieve its aims? *The Guardian*. Extrait de : <https://www.theguardian.com/society/2019/jan/07/what-is-the-nhs-long-term-plan-and-can-it-achieve-its-aims>.

Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267.

Campbell, D. (2018, 15 septembre). NHS mental health crisis worsens as 2,000 staff quit per month. *The Guardian*. Extrait de : <https://www.theguardian.com/society/2018/sep/15/nhs-mental-health-crisis-staff-quit>

Colledge, M. (2019). Canadians are feeling nervous (22%), afraid (21%) and distressed (18%) about the future of health system. *Ipsos*. Extrait de : <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/CMA-Future-of-Healthcare>

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2012). *Changer les orientations, changer des vies : La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*.

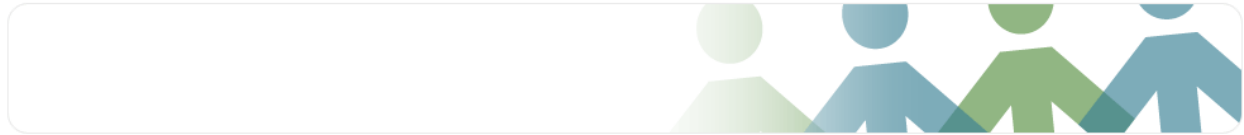
Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2017). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2018). *Élargir l'accès à la psychothérapie : Faire le lien entre les leçons apprises de l'Australie et du Royaume-Uni et le contexte canadien*.

Conseil consultatif sur la mise en œuvre du régime national d'assurance-médicaments. (2019). Ce que nous avons entendu : Participation du public à la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments au Canada. *Gouvernement du Canada*. Extrait de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/rapport-nous-avons-entendu.html>

De Vogue, A., et Luhby, T. (2019, 26 mars). Trump administration now says entire Affordable Care Act should be struck down. *CNN*. Extrait de : <https://www.cnn.com/2019/03/25/politics/trump-administration-aca/index.html>





Fischer, B., Pang, M., et Tyndall, M. (2019). The opioid death crisis in Canada: Crucial lessons for public health. *The Lancet Public Health*, 4(2), e81-e82. doi:10.1016/S2468-2667 (18) 30232-9

Forest, P-G. et Martin, D. (2018). *Fit for purpose: Findings and recommendations of the external review of the pan-Canadian health organizations (summary report)*.

Frank, R. G. (2018). Reflections on the mental health parity and addiction equity act after 10 years. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 615-618.

Freedom House. (2018). *Freedom in the world 2018: Democracy in crisis*. Extrait de : <https://freedomhouse.org/report/freedom-world/freedom-world-2018>

Galan, N. (2018, 23 octobre). The Affordable Care Act: An update. *Medical News Today*. Extrait de : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/247287.php>

Gouvernement du Canada. (2016 b). *Le système de soins de santé du Canada*. Extrait de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>

Gouvernement du Canada. (2016a). *Cadre de prévention du suicide*. Extrait de : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-prevention-suicide.html>

Gouvernement du Canada. (2017). Budget 2017 : Bâtir une classe moyenne forte. Extrait de : <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/toc-tdm-fr.html>

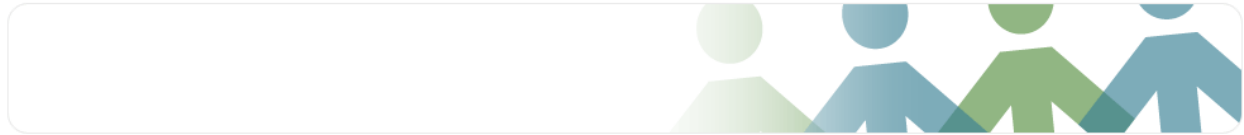
Gouvernement du Canada. (2018). *Prévention du suicide*. Extrait de : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/promotion-sante/prevention-suicide.html> .

Gouvernement du Canada. (2019). *Rapport national : Décès apparemment liés aux opioïdes au Canada*. Extrait de : <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>.

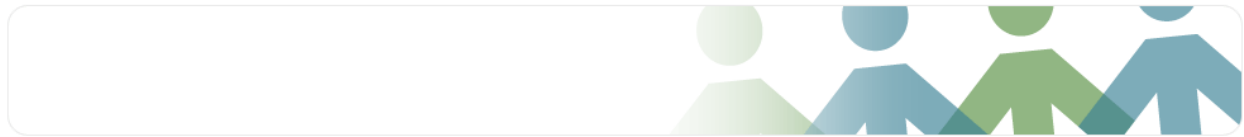
Gouvernement du Québec. (2010). *Centre de collaboration nationale des politiques sur les politiques publiques et la santé : Une analyse des stratégies de santé mentale et des documents fondamentaux sur la santé mentale au Canada*. Extrait de : <http://www.ccnpps.ca/fr/>

Hutchison, B., Levesque, J., Strumpf, E., et Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288.

Instance permanente sur les questions autochtones (Nations Unies) et Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales. (2009). *Situation des peuples autochtones dans le monde*. New York : Nations Unies.



- Khan, S. (2017). Rapports de santé : Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada *Statistique Canada*. Extrait de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.htm>
- Ko, M., Derose, K. P., Needleman, J., et Ponce, N. A. (2014). Whose social capital matters? the case of U.S. urban public hospital closures and conversions to private ownership. *Social Science & Medicine*, 114, 188-196. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.024
- Lightman, E. S., Mitchell, A., et Herd, D. (2008). Globalization, precarious work, and the food bank. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 35(2), 9-28.
- Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, ch. C-6).
- McLeod Macey, J. (2019, 16 mai). Communiqué de presse : Eight in ten (82%) Canadians believe that prescription drugs should be covered for everyone, regardless of their insurance coverage. *Ipsos*. Extrait de : <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/canadians-believe-prescription-drugs-should-be-covered-for-everyone>
- Mental Health Foundation. (2019). *Parity of esteem*. Extrait de : <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/p/parity-esteem>
- Mental Health Taskforce. (2016). *Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England*.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2019). Communiqué de presse : Améliorer la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario. Extrait de : <https://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2019/05/ameliorer-la-qualite-des-services-de-sante-mentale-et-de-lutte-contre-les-dependances-en-ontario.html>
- Ministère des Finances. (2019). Aller de l'avant avec la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. *Gouvernement du Canada*. Extrait de : <https://www.budget.gc.ca/2019/docs/themes/pharmacare-assurance-medicaments-en.html>
- Mitchell, A. J., Hardy, S. et Shiers, D. (2017). Parity of esteem: Addressing the inequalities between mental and physical healthcare. *BJPsych Advances*, 23(3), 196-205.
- Nations Unies. (2016). La situation des peuples autochtones dans le monde : L'accès des peuples autochtones aux services de santé. ONU : New York.
- NHS Clinical Commissioners. (2019). *About CCGs*. Extrait de : <https://www.nhscc.org/ccgs/>
- NHS. (2016). *When you need to pay towards NHS care*. Extrait de : <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/when-you-need-to-pay-towards-nhs-care/>
- OCDE. (2016). OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards, Éditions de l'OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264239487-en>.



- OCDE. (2017). *Panorama de la santé 2017 : Indicateurs de l'OCDE*. Extrait de : <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.
- Orpana, H. M., Lang, J. J., Baxi, M., Halverson, J., Kozloff, N., Cahill, L., Samiah, A. et Morrison, H. (2018). Canadian trends in opioid-related mortality and disability from opioid use disorder from 1990 to 2014 through the lens of the Global Burden of Disease Study (1990-2014). *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 38(6), 234–243.
- Santé Canada. (2015). *Cadre du continuum du bien-être mental des Premières nations*. Extrait de : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.700117/publication.html>
- Siddique, H. (2019, 7 janvier). Long-term plan for NHS England 'undeliverable' amid staffing crisis. *The Guardian*. Extrait de : <https://www.theguardian.com/society/2019/jan/07/long-term-plan-for-nhs-england-undeliverable-amid-staffing-crisis>
- Statistique Canada (2015a). Caractéristiques de la santé mentale et pensées suicidaires. Tableau 13-10-0098— 01, extrait de : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009801&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009801&request_locale=fr)
- Statistique Canada (2015b). L'accès aux soins de santé mentale au Canada. Extrait de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2017019-eng.htm>
- The Commonwealth Fund. (2019). *The U.S. Health Care System*. Extrait de : [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2019). *Affordable Care Act (ACA)*. Extrait de : <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>
- Voix des jeunes Autochtones. (2018). *Feuille de route pour la Commission de vérité et de réconciliation — Appel à l'action no 66*.
- Wilkinson, R. et Marmot, M. (2003). *Déterminants sociaux de la santé — les faits solides*. Genève : Organisation mondiale de la santé.