



# Transformer la réaction aux crises en matière de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa

— — —  
**Juin 2023**

**Conseil d'orientation sur la santé mentale et les dépendances d'Ottawa**

Préparé pour le Conseil d'orientation par :  
Sahada Alolo, D.Ed  
Liz Wigfull  
Saira John  
Soutien à la coordination : Jessica Ryanyeninka





## Remerciements

C'est un très grand honneur ainsi qu'une grande responsabilité pour nous d'avoir été chargée de raconter l'histoire de nos membres de la communauté d'Ottawa. Nous tenons tout d'abord à remercier les quelque 1 200 membres de la communauté d'Ottawa, travailleurs de première ligne et fournisseurs de services, qui ont généreusement fait part de leurs expériences et de leurs suggestions de changements à apporter dans le cadre des consultations auprès de groupes de discussion, des entrevues et des sondages. Il aurait été impossible d'accomplir ce travail sans leur participation et leur passion.

Les membres du Conseil d'orientation sur la santé mentale et les dépendances d'Ottawa nous ont accompagnés tout au long de ce projet. Nous les remercions sincèrement pour leur soutien indéfectible.

Nous remercions tout particulièrement les coprésidentes du Conseil d'orientation, Michelle James et Marisa Moher, de même que l'ancienne coprésidente, Rashmi Luther.

Nous sommes très reconnaissants envers notre organisation d'accueil, le Conseil économique et social d'Ottawa-Carleton (CESOC), sous la direction de Saint-Phard Désir, pour son soutien administratif et logistique qui a joué un rôle déterminant dans la réussite de ce projet.

Nous remercions nos équipes de projet, y compris les champions communautaires, les coordonnateurs, les preneurs de notes et les conseillers.

Merci également aux divers représentants d'organismes et d'institutions communautaires qui ont soutenu le projet en organisant des consultations.

Nous adressons nos sincères remerciements à Joan Riggs pour ses conseils, son appui précieux et la coordination exceptionnelle qu'elle a assurée.

De plus, nous tenons à reconnaître le travail acharné des experts-conseils qui ont soutenu ce projet, notamment MNP, Linda Hanane, Gloria Ukwu, Manal Sayid et Sulaimon Giwa, Ph. D., de même que les organismes qui ont présenté leurs recherches au Conseil d'orientation.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le groupe de référence composé de personnes ayant une expérience concrète, actuelle ou passée pour leurs conseils, leurs connaissances et le temps qu'elles nous ont consacré. Le groupe de référence était composé des personnes suivantes : Brooke Clark, Josée Coallier, K. Conibear, Ty Coulter, Jennifer Isaacs, Freedom Jones, Kurtis Kitagawa, Ph. D., Sharon Roberts et Nina Strang. Leur vaste expérience et leur sagesse ont été d'une valeur inestimable pour la formulation des recommandations présentées dans ce rapport.

Enfin, nous tenons à remercier le Service de police d'Ottawa, Santé publique Ottawa et la Ville d'Ottawa de leur généreux soutien financier qui a rendu ce travail possible.

Une fois encore, nous sommes reconnaissants envers toutes les personnes avec qui nous avons eu le plaisir de travailler dans le cadre de ce projet. Chacune d'entre elles a joué un rôle important dans sa réalisation.

**Sahada Alolo et Liz Wigfull  
Codirectrices du Secrétariat du Conseil  
d'orientation sur la santé mentale et les  
dépendances d'Ottawa**

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	2
<b>Résumé</b> .....	7
<b>Prochaines étapes</b> .....	11
<b>Termes et définitions</b> .....	12
1. Introduction.....	15
2. Contexte des travaux.....	17
3. Renseignements généraux sur le projet.....	18
4. Méthodologie et collecte de données.....	19
Stratégie de mobilisation des intervenants.....	19
Répartition démographique des participants .....	21
Groupe de référence composé de personnes ayant une expérience concrète, actuelle ou passée.....	25
Collecte de données et outils.....	26
Analyse des données.....	26
Analyse documentaire.....	26
Évaluation de l’environnement.....	26
Étude sur les demandes d’intervention en santé mentale à Ottawa .....	26
5. Résultats – Ce que nous avons entendu.....	27
A. Carte du système : Endroits où les personnes accèdent aux mécanismes de soutien et aux services en matière de santé mentale et de consommation de substances.....	27
B. Les particularités des crises de santé mentale et de consommation de substances.....	28
C. Ce que vivent les personnes au moment d’accéder aux mécanismes de soutien et aux services.....	31
Les gens ont recours aux services de crise de façon transitoire.....	31
Les gens attendent longtemps pour obtenir du soutien.....	32
Les personnes communiquent avec les services auxquels ils font confiance et les personnes qu’elles connaissent.....	33
Les gens ne veulent pas appeler la police. Certaines préfèrent appeler les paramédics.....	34
Les gens ont une expérience mitigée en ce qui concerne l’utilisation des services téléphoniques d’urgence.....	36
Les gens sont traités de façon raciste.....	36
Les gens sont stigmatisés.....	39
Des gens subissent d’autres formes de discrimination.....	41

# Table des matières

D. Recommandations.....	43
Équité raciale.....	44
1. Mettre l'équité raciale au premier plan de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances.....	44
1a. Accroître l'accès à un grand nombre de professionnels de la santé mentale de race noire ou issus d'autres groupes racisés.....	44
1b. Accroître le nombre d'espaces sécuritaires pour les personnes africaines, caribéennes et noires et les membres d'autres groupes racisés.....	44
1c. Créer des centres d'intervention en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances destinés expressément aux membres des communautés africaine, caribéenne et noire, y compris la communauté somalienne et les personnes noires francophones.....	45
1d. Concevoir des services adaptés à la culture.....	45
1e. Apporter des changements aux politiques, aux processus et aux procédures organisationnels pour lutter contre le racisme.....	46
1f. Améliorer les déterminants sociaux de la santé chez les populations racisées.....	46
Populations particulières.....	46
2. Mettre l'équité au cœur de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances pour certaines communautés précises.....	46
2a. Accroître le nombre d'espaces plus sécuritaires destinés aux membres de la communauté des personnes de la rue et aux personnes en situation d'itinérance.....	46
2b. Créer de nouveaux services et élargir les services existants offerts aux résidents des zones rurales.....	47
Collaboration, communication et coordination.....	48
3. Renforcer la collaboration, la communication et la coordination dans l'ensemble du système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances d'Ottawa.....	48
3a. Créer une approche de type « aucune mauvaise voie d'accès » aux services d'intervention en cas de crise.....	48
3b. Élaborer et mettre en œuvre un modèle d'intervention en cas de crise fondé sur la communauté.....	49
3c. Coordonner des ressources de suivi efficaces et fournies en temps opportun ainsi que l'aiguillage vers un autre professionnel après une crise.....	50
3d. Coordonner des ressources de suivi efficaces et fournies en temps opportun ainsi que l'aiguillage vers un autre professionnel après une crise.....	51
3e. Améliorer le marketing et les communications concernant les services disponibles.....	52
Investissement.....	53
4. Accroître le financement en vue de soutenir et d'étendre les services déjà offerts par les organismes communautaires.....	53
4a. Renforcer les services communautaires existants en accroissant leur capacité.....	53
4b. Étendre les programmes exist.....	53

# Table des matières

4c. Mettre en place des programmes de formation du personnel et étendre les programmes existants.....	54
4d. Investir dans les programmes de soutien par les pairs.....	54
4e. Fournir un soutien complet au personnel qui intervient en cas de crise.....	55
<b>Stigmatisation.....</b>	<b>56</b>
5. Remédier à la stigmatisation structurelle qui sévit dans les organismes de premiers intervenants et les établissements de soins de santé.....	56
<b>Projet pilote proposé.....</b>	<b>57</b>
<b>Prochaines étapes.....</b>	<b>58</b>
<b>Présentations au Conseil d'orientation.....</b>	<b>59</b>
<b>Stratégie visant les Autochtones.....</b>	<b>65</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>66</b>
<b>Références.....</b>	<b>67</b>



# Table des figures

<b>Figure 1.</b> <i>Vers qui se tourne-t-on pour obtenir de l'aide en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances?*</i> (Consultations en groupes de discussion et entrevues).....	27
<b>Figure 2.</b> <i>Vers qui se tourne-t-on pour obtenir de l'aide en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances?</i> (Sondage auprès de la communauté).....	28
<b>Figure 3.</b> Certaines formes de discrimination (entrevues et consultations auprès de groupes de discussion).....	41
<b>Figure 4.</b> Formes de racisme et de discrimination (sondage auprès de la communauté).....	42
<b>Figure 5.</b> Principes du système d'intervention 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa.....	43
<b>Figure 6.</b> Dans le cadre d'un nouveau modèle, si vous ou un membre de votre famille viviez une crise de santé mentale ou de consommation de substances, quels seraient les services auxquels vous souhaiteriez avoir accès? (Sondage auprès de la communauté).....	50
<b>Figure 7.</b> Dans le cadre d'un nouveau modèle, si vous deviez fournir de l'aide à une personne en situation de crise de santé mentale ou de consommation de substances, quels seraient les services auxquels vous souhaiteriez qu'elle ait accès? (Sondage auprès des fournisseurs de services).....	50



# Résumé

Ces dernières années, une série d'incidents et de tragédies ont mis en évidence les points faibles et les lacunes du système actuel d'intervention en matière de santé mentale et de consommation de substances d'Ottawa, notamment en ce qui concerne les interventions en cas de crise. Ces incidents ont fait prendre conscience de la nécessité d'examiner l'intervention en cas de crise à Ottawa dans l'optique de la justice sociale, de la lutte contre le racisme et du décolonialisme. Le sous-financement chronique des services de santé mentale et d'aide en matière de consommation de substances a entraîné un manque de soutien approprié pour intervenir en cas de crise. Le recours à la police est donc devenu le mode d'intervention *de facto*, ce qui mène souvent à des résultats négatifs, particulièrement chez les personnes racisées. Le Conseil d'orientation sur la santé mentale et les dépendances d'Ottawa a été mis sur pied à la suite d'une motion (janvier 2021) présentée par la Commission de services policiers d'Ottawa en réponse aux pressions exercées par les membres de la communauté d'Ottawa, qui demandaient la réalisation d'un examen des solutions de rechange à l'intervention policière en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. La Ville d'Ottawa a chargé le Conseil d'orientation de proposer un système nouveau ou amélioré d'intervention en cas de crise, lequel serait adapté à la culture et tiendrait compte des traumatismes de manière à améliorer les résultats pour les résidents d'Ottawa qui vivent de telles crises. Un secrétariat a été créé en 2022 en vue de mener des consultations et de recueillir des commentaires devant servir à élaborer une stratégie d'intervention 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à mettre en œuvre à Ottawa.

La stratégie de mobilisation communautaire est fondée sur une approche axée sur le développement communautaire et vise à donner la parole aux personnes les plus touchées par l'enjeu en question. Pour la plupart des communautés, des coordonnateurs et champions communautaires ayant déjà établi des relations de confiance avec les groupes communautaires ont servi de point de contact, ont recruté des participants et ont aidé à faciliter les discussions. Trois méthodes ont été employées pour consulter les membres des communautés : les consultations auprès de groupes de discussion virtuels et en personne, les sondages en ligne et les entrevues individuelles. Bien que nous ayons incité l'ensemble de la population d'Ottawa à participer, certaines communautés ont été ciblées, à savoir : la communauté somalienne; la communauté africaine, caribéenne et noire; les personnes racisées, y compris les personnes du Sud de l'Asie, du Sud-Est de l'Asie et du Moyen-Orient; la communauté 2SLGBTQ+; les francophones; les personnes en situation d'itinérance; la communauté des personnes de la rue; les personnes qui consomment des substances; les nouveaux arrivants; les jeunes (âgés de 12 à 24 ans); les universitaires; les chefs de groupes confessionnels; les personnes vivant en milieu rural et en milieu urbain; les membres du Conseil d'orientation et leurs réseaux respectifs. Au début du processus, la communauté autochtone a décidé de ne pas participer directement aux travaux du Conseil d'orientation étant donné qu'elle était en voie d'élaborer sa propre Stratégie de bien-être mental des Autochtones.

Des questions d'entrevue individuelle, des questions de sondage et des guides de discussion semi-structurés ont été créés en fonction des objectifs et des buts de la stratégie de mobilisation communautaire. Les guides et les questions ont été orientés par une approche tenant compte des traumatismes, et les organismes communautaires ont été invités à formuler des commentaires à leur égard.

Plus de 1 190 personnes, à l'échelle d'Ottawa, ont participé. Celles qui ont participé à des entrevues ou à des consultations auprès de groupes de discussion, de même que les coordonnateurs, les preneurs de notes et les champions communautaires, ont reçu un montant en guise de remerciement pour leur participation. Les répondants au sondage ont eu la chance de participer à un tirage au sort pour gagner une carte-cadeau. Les services aux familles juives (Jewish Family Services) ont assuré un soutien psychologique aux participants selon les besoins, et des intervenants de première ligne en santé mentale étaient également présents pour fournir du soutien.

### Résultats – Ce que nous avons entendu

- Les gens ont recours à une large gamme de mécanismes de soutien et de services.
- Les crises de santé mentale et de consommation de substances présentent des caractéristiques particulières.
- Voici ce que vivent les gens au moment d'accéder aux mécanismes de soutien et aux services :
  - Pours ont recours aux services de crise de façon transitoire.
  - Ils attendent longtemps pour obtenir du soutien.
  - Ils communiquent avec les services en qui ils ont confiance et les personnes qu'elles connaissent.

- Ils ne veulent pas appeler la police. Certaines personnes préfèrent appeler les paramédicaux.
- Ils ont une expérience mitigée en ce qui concerne l'utilisation des services téléphoniques d'urgence.
- Ils sont traités de façon raciste.
- Ils sont stigmatisés.
- Ils subissent d'autres formes de discrimination.

### Voici certaines des recommandations principales:

**Équité raciale:** Mettre l'équité raciale au premier plan de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances.

- Accroître l'accès à un grand nombre de professionnels de la santé mentale de race noire ou issues d'autres groupes racisés.
- Créer un nombre accru d'espaces plus sécuritaires pour les personnes africaines, caribéennes et noires et les membres d'autres groupes racisés.
- Créer des centres d'intervention en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances destinés expressément aux membres des communautés africaine, caribéenne et noire, y compris la communauté somalienne et les personnes noires francophones.
- Concevoir des services adaptés à la culture.
- Apporter des changements aux politiques, aux processus et aux procédures organisationnels pour lutter contre le racisme.
- Améliorer les déterminants sociaux de la santé chez les populations racisées.



**Populations particulières:** Mettre l'équité au cœur de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances pour des communautés particulières.

- Accroître le nombre d'espaces plus sécuritaires à l'intention des membres de la communauté des personnes de la rue et des personnes en situation d'itinérance.
- Créer de nouveaux services et élargir les services existants offerts aux résidents des zones rurales.

**Collaboration, communication et coordination:** Accroître la collaboration, la communication et la coordination dans l'ensemble du système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances d'Ottawa.

- Créer une approche de type « aucune mauvaise voie d'accès » aux services d'intervention en cas de crise.
- Élaborer et mettre en œuvre un modèle d'intervention en cas de crise fondé sur la communauté.
- Continuer de soutenir le projet pilote d'intervention collaborative en matière de santé mentale et de mieux-être à Ottawa.
- Coordonner des ressources de suivi efficaces et fournies en temps opportun ainsi que l'aiguillage vers un autre professionnel après une crise.
- Améliorer le marketing et les communications concernant les services offerts.

**Investissement :** Accroître le financement en vue de soutenir et d'étendre les services déjà offerts par les organismes communautaires.

- Renforcer les services communautaires existants en accroissant leur capacité.

- Étendre les programmes existants.
- Mettre en place des programmes de formation du personnel et étendre les programmes existants.
- Investir dans les programmes de soutien par les pairs.
- Fournir un soutien complet au personnel qui intervient en cas de crise.

**Stigmatisation:** Remédier à la stigmatisation structurelle qui sévit dans les organismes de premiers intervenants et les établissements de soins de santé.

Le **projet pilote proposé** se fonde sur les résultats du projet de recherche.

### Trois volets principaux:

#### 1. Approche « aucune mauvaise voie d'accès »

En cas de crises de santé mentale et de consommation de substances, les résidents d'Ottawa pourront avoir accès à une gamme de services d'intervention de leur choix qui sauront les mettre à l'aise et répondre à leurs besoins individuels. Le modèle devrait comprendre:

- une ligne téléphonique distincte qui transmet les appels à des équipes d'intervention en santé mentale et en consommation de substances dont les membres ne relèvent pas du Service de police et ne portent pas d'uniforme;
- une quatrième option de transmission d'appels au 9-1-1 consacrée à l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances (les choix seront donc : police, pompiers, paramédicaux et santé mentale et de consommation de substances);
- des lignes téléphoniques du service téléphonique d'urgence pour les jeunes, du Centre de détresse d'Ottawa, du 2-1-1 et du 3-1-1 qui transmettent les appels au nouveau service téléphonique distinct;
- des options permettant de communiquer par messagerie texte et en ligne;
- des moyens permettant d'aiguiller les personnes vers un professionnel de la santé depuis les services d'urgence hospitaliers;
- des haltes-accueils communautaires.

#### 2. Intervention multidisciplinaire en cas de crise

Un système d'intervention en cas de crise coordonné, communautaire, multidisciplinaire et

adapté sur le plan culturel sera créé afin de mieux répondre aux besoins des résidents d'Ottawa. Avec le temps, les personnes qui vivent dans les zones suburbaines et rurales auront accès à des professionnels de la santé mentale (travailleurs sociaux, infirmiers, chargés de cas, psychologues et psychiatres) et à des pairs qui leur fourniront du soutien selon une approche compatissante, adaptée à leur culture, axée sur la personne et tenant compte des traumatismes. Les intervenants en cas de crise faciliteront également la mise en relation des personnes avec les services et les soins.

#### Composantes de l'intervention multidisciplinaire en cas de crise:

- Équipes d'intervention mobiles formées de professionnels de la santé mentale, d'intervenants communautaires et de pairs aidants accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Mise en relation avec des centres d'intervention communautaire en cas de crise disposant :
  - d'organismes communautaires spécialisés dans les interventions en situation de crise qui exercent leurs activités 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
  - d'une capacité à représenter des communautés (p. ex. les communautés somalienne, francophone et rurale) et des quartiers précis en s'assurant que les travailleurs de première ligne au sein des équipes représentent diverses communautés;
  - des personnes ayant une expérience vécue qui sont outillées pour fournir une

expérience vécue qui sont outillées pour fournir une rétroaction immédiate et continue afin de garantir la prise en compte des diverses priorités de la communauté;

- des pairs aidants (notamment dans les services d'urgence et au sein d'organismes communautaires);
- des programmes communautaires élargis et bien financés (travail de rue, haltes accueils, interventions en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances, soutien psychologique, etc.). Les programmes dirigés par les communautés diversifiées et axés sur celles-ci doivent obtenir les ressources dont ils ont besoin pour se développer et prendre de l'expansion;
- des procédures clairement définies servant à déterminer les cas qui se prêtent aux modèles d'intervention communautaire ou d'intervention collaborative;
- des services globaux intégrés comprenant notamment le suivi thérapeutique.
- Infrastructure conçue pour assurer la coordination d'une intervention multidisciplinaire

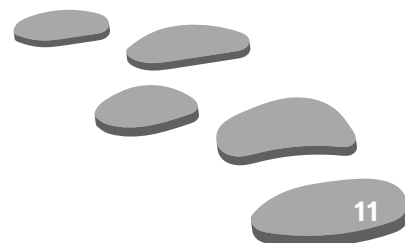
### 3. Expansion du soutien par les pairs au sein des services d'intervention en cas de crise existants

Les pairs aidants seront embauchés, formés et soutenus par l'intermédiaire des programmes de soutien par les pairs existants d'Ottawa. Ils seront intégrés au système d'intervention en cas de crise à titre de ressources principales. Il importe de s'assurer que les pairs aidants reçoivent non seulement une formation, mais aussi un encadrement et du mentorat pour les aider à mettre en application et à perfectionner leurs compétences.

La mise en œuvre de ces recommandations devrait être rapide, mais progressive. Par exemple, un projet pilote pourrait être lancé dans une zone urbaine, une zone rurale et une zone suburbaine, respectivement, selon l'expansion de l'infrastructure des services communautaires existante. Après une mise à l'essai et une évaluation initiale, les projets pilotes pourraient être mis en œuvre à l'échelle de la ville.

#### Prochaines étapes

Un groupe de travail sur la mise en œuvre des projets pilotes (un sous-comité du Conseil d'orientation) poursuivra le développement des solutions proposées et fournira des suggestions quant aux quartiers dans lesquels les premiers projets pilotes devraient être menés. Une fois l'évaluation terminée, ces projets pilotes pourront être mis en œuvre progressivement à l'échelle d'Ottawa. Les coûts d'un ou de plusieurs projets pilotes seront établis à titre de prochaine étape.



# Termes et définitions

**Lutte contre le racisme:** Travail qui consiste à lutter de manière proactive contre la discrimination en faisant la promotion de changements sur les plans politique, économique et social <sup>1</sup>.

**Décolonialisme (également appelé « lutte anticoloniale »):** Voie à suivre pour créer des systèmes justes et équitables qui s'attaquent aux inégalités grâce à l'éducation, au dialogue, à la communication et à la prise de mesures <sup>2</sup>.

**Ombage diagnostique:** L'ombage diagnostique se produit lorsqu'un professionnel de la santé néglige l'état de santé physique d'une personne ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances et, par conséquent, manque ou omet de diagnostiquer certains problèmes de santé <sup>3</sup>.

**Inclusion:** Création d'environnements où toute personne ou tout groupe puisse se sentir valorisé, respecté et le bienvenu à participer pleinement <sup>4</sup>.

**Intersectionnalité:** Terme qui décrit la façon dont les systèmes d'oppression s'entrecroisent et marginalisent davantage les personnes aux identités multiples (p. ex. le genre, la race, la citoyenneté et la sexualité). Par exemple, les femmes noires sont à la fois victimes de racisme et de sexisme dans divers systèmes <sup>5</sup>.

**Crise de santé mentale ou de consommation de substances:** Si une personne est aux prises avec un trouble de santé mentale ou un problème de toxicomanie, plusieurs crises peuvent survenir :

1. Sulaimon Giwa, Exploring Non-Police Mental Health and Substance Use Crisis Response: A Critical Race Theory & Anti-Racism Informed Approach, janvier 2023.

2. Erica Belfi et Nedra Sandiford, « Decolonization Series Part 1: Exploring Decolonization », dans S. Brandauer et E. Hartman, éd., Interdependence: Global Solidarity and Local Actions, The Community-Based Global Learning Collaborative, 2021. Accès : <http://globalsolidaritylocalaction.sites.haverford.edu/what-is-decolonization-why-is-it-important/>

3. James D. Livingston, La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé, Commission de la santé mentale du Canada, 8 juillet 2020. Accès : [https://commissionsantementale.ca/resource/la-stigmatisation-structurelle-des-personnes-ayant-des-problemes-de-sante-mentale-et-de-consommation-de-substances-dans-les-etablissements-de-soins-de-sante/?\\_ga=2.76264149.1555541092.1682702132-539545247.1682004159](https://commissionsantementale.ca/resource/la-stigmatisation-structurelle-des-personnes-ayant-des-problemes-de-sante-mentale-et-de-consommation-de-substances-dans-les-etablissements-de-soins-de-sante/?_ga=2.76264149.1555541092.1682702132-539545247.1682004159)

4. Giwa, « Critical Race Theory ».

5. « Kimberlé Crenshaw's Intersectional Feminism », JSTOR Daily, 1er août 2020. Accès : <https://daily.jstor.org/kimberle-crenshaws-intersectional-feminism/>

- La personne peut tenter de se faire du mal (p. ex. tentative de suicide, consommation de substances d'une manière qui présente un danger pour elle-même ou pour les personnes qui l'entourent et automutilation sans but suicidaire).
- La personne est en situation de détresse extrême (p. ex. crise de panique, événement traumatisant et état psychotique grave).
- Le comportement de la personne est très perturbant pour les autres (p. ex. la personne devient agitée ou perd contact avec la réalité).

Certaines de ces situations de crise peuvent se produire chez des personnes aux prises avec diverses maladies mentales ou chez des personnes en détresse émotionnelle. D'autres situations de crise peuvent précipiter l'apparition d'une maladie mentale ou peuvent être liées à la consommation de substances<sup>6</sup>.

**Microagressions:** Actes subtils de discrimination quotidienne, intentionnelle ou non intentionnelle, à l'encontre de groupes victimes de marginalisation culturelle, comme les personnes noires, les Autochtones et les personnes racisées<sup>7</sup>.

**Espace plus sécuritaire:** Un environnement non menaçant axé sur le soutien, où tous les participants peuvent se sentir à l'aise de s'exprimer et de relater leurs expériences sans craindre d'être victimes de discrimination. L'emploi du terme « plus sécuritaire » sert à indiquer que le sens de sécurité est relatif, c'est-à-dire que les conditions dans lesquelles les gens se sentent en sécurité ne sont pas les mêmes pour tout le monde<sup>8</sup>.

**Fournisseur de services:** Toute personne (praticien) ou entité (fournisseur) dont le travail consiste à fournir des services ou de l'aide et qui est légalement autorisée à effectuer ce travail par l'administration dans laquelle la personne ou l'entité exerce ses fonctions<sup>9</sup>.

**Déterminants sociaux de la santé:** Facteurs non médicaux qui ont une incidence sur les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes en place pour traiter les maladies<sup>10</sup>.

6. Betty Kitchener, Anthony Jorm et Claire Kelly, *Mental Health First Aid Manual*, vol. 4, Australie, Mental Health First Aid Australia, 2017, p. 1-187.

7. Giwa, « Critical Race Theory ».

8. Safer Space Guidelines, Commission de la santé mentale du Canada, 2019. Accès : [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-03/safer\\_space\\_guidelines\\_mar\\_2019\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-03/safer_space_guidelines_mar_2019_eng.pdf)

9. Center for Police Research and Policy, International Association of Chiefs of Police, 2021. Accès : <https://www.theiacp.org/research>

10. Social Determinants of Health, Organisation mondiale de la Santé, 2023. Accès : [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)

### **Approche fondée sur le sondage en boule de neige:**

Selon la définition de l'American Psychological Association, le sondage en boule de neige est une technique qui permet de trouver et « de recruter des candidats pour une étude. La technique en question consiste à demander aux participants déjà inscrits de recommander d'autres participants éventuels, lesquels sont eux-mêmes observés puis invités à nommer d'autres candidats, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le nombre de participants soit suffisant. Les chercheurs ont généralement recours au sondage en boule de neige si la population visée est difficile à repérer (p. ex. les personnes atteintes d'une maladie ou d'une condition rare) ou autrement limitée<sup>11</sup>. »

**Personnes racisées:** Terme basé sur le terme « minorité visible », tel qu'il est défini par Statistique Canada : « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche »<sup>12</sup>. Aux fins du présent rapport, les peuples autochtones ne sont pas exclus de cette définition, ce qui cadre également avec d'autres utilisations de ce terme.<sup>13</sup>

### **Approches tenant compte des traumatismes:**

Approches qui reconnaissent la prévalence des traumatismes, qui tiennent compte de la façon dont ils touchent toutes les personnes concernées par un programme, un organisme ou un système, y compris les fournisseurs de soins, et qui sont adoptées en mettant ces connaissances en application<sup>14</sup>.

11. APA Dictionary of Psychology, American Psychological Association, 2023. Accès : <https://dictionary.apa.org/snowball-sampling>

12. Recensement de la population, Statistique Canada, 2021. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-581-x/2022001/sec3-fra.htm>

13. « Communautés racialisées », The Homeless Hub, 2021. Accès : <https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/communaut%C3%A9s-racialis%C3%A9es>

14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), National Guidelines for Behavioral Health Crisis Care: Best Practice Toolkit, SAMHSA, 2020.

# 1. Introduction

En 2021, un appel à l'action a été lancé à Ottawa. On nous a chargés d'analyser en détail nos réactions face à des membres de la communauté qui vivent une crise de santé mentale ou de consommation de substances. Le sous-financement chronique (sur plus de 40 ans) des programmes et services de santé mentale et d'aide en matière de consommation de substances a compromis notre capacité à fournir un soutien efficace aux résidents d'Ottawa.

Plusieurs incidents et tragédies ont précédé la décision de la Ville d'Ottawa de créer un système amélioré d'intervention en cas de crise pour les membres de la communauté qui vivent une crise de santé mentale ou de consommation de substances. La mort d'Abdirahman Abdi, un membre de la communauté somalienne tué le 24 juillet 2016, et de Greg Ritchie, un membre de la communauté autochtone tué le 31 janvier 2019, ont mis en évidence plusieurs faiblesses. On se méfie collectivement des services qui interviennent actuellement en cas de crises de santé mentale et de consommation de substances, et on se méfie particulièrement de la police. À titre d'exemples concrets, citons la colère qu'ont suscitée les mesures prises par le Service de police d'Ottawa, qui ont entraîné des traumatismes, des blessures et des décès chez les membres de certaines communautés, notamment les hommes autochtones et de race noire; le mouvement Black Lives Matter, qui a focalisé l'attention du monde entier sur les relations entre la police et les communautés racisées; le travail accompli par la coalition Justice for Abdirahman, un groupe local de justice sociale basé à Ottawa.

En raison de ces exemples et d'autres exemples semblables, il est devenu clair qu'Ottawa devait analyser ses services d'intervention en cas de crise dans l'optique de la justice sociale, de la lutte contre le racisme et du décolonialisme.

Partout en Amérique du Nord, il est commun que le service de police soit le premier recours en matière de système d'intervention en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances. De nombreuses villes telles que Vancouver, la région municipale de Niagara, Toronto et Calgary ont tenté de remédier à ce problème en repensant l'intervention en cas de crise au sein de leurs municipalités<sup>15</sup>. Le système actuel d'intervention en cas de crise à Ottawa n'est pas à l'abri des mêmes problèmes que ceux avec lesquels il faut composer ailleurs, soit le racisme, la stigmatisation, la discrimination, le colonialisme et l'oppression.

Reconnaissant la nécessité d'adopter une approche collaborative en matière d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa, le Conseil d'orientation a cherché à élaborer une stratégie fondée sur une approche tenant compte des traumatismes.



15. Chad Lins, « City of Ottawa Alternate Response to Mental Health Crises », MNP, 15 juillet 2022, p. 1.

Il est entendu que les membres de la communauté ont subi des traumatismes causés par les systèmes – bon nombre de nos systèmes ont soit perpétué les traumatismes, soit perpétué les expériences traumatisantes des personnes qui accèdent aux services. Nous reconnaissons également que les besoins de certains membres de notre communauté, en particulier les membres des communautés racisées et de la communauté noire, n'étaient pas comblés même avant que le Service de police d'Ottawa devienne le premier recours en matière d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Par conséquent, il est nécessaire d'adopter une approche intersectionnelle qui met l'accent sur les identités qui se chevauchent parmi celles d'immigrant, de personne racisée, de personne à faible revenu et de personne en situation d'itinérance. La stratégie proposée vise à équilibrer les interventions communautaires et les interventions des fournisseurs de services tout en reconnaissant que nous devons composer d'emblée avec des déficits historiques engendrés par l'insuffisance des investissements.





## 2. Contexte des travaux

Les problèmes de santé mentale des gens partout dans le monde font l'objet d'une attention croissante. Un appel à l'action mondial a donc été lancé pour exhorter les nations à prioriser l'élaboration de stratégies durables, pratiques et efficaces pour lutter contre les crises de santé mentale et de consommation de substances et investir en ce sens. En 2019, l'Organisation mondiale de la Santé a prorogé jusqu'en 2030 le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, qui devait prendre fin en 2020. Le plan d'action mondial a clairement énoncé les étapes que doivent suivre les pays membres pour régler les questions de santé mentale et de mieux-être pour tous<sup>16</sup>. Au Canada, on s'inquiète de l'incidence de l'augmentation des troubles de santé mentale sur la vie des Canadiens, particulièrement en cette période suivant la pandémie mondiale de COVID-19<sup>17</sup>.

Le gouvernement de l'Ontario a élaboré le Cadre de la planification de la sécurité et du bien-être dans les collectivités<sup>18</sup> et a établi, par l'intermédiaire de la Loi sur les services policiers, que les municipalités et les Premières Nations sont tenues d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de sécurité et de bien-être dans les collectivités (SBEC) locaux. Le Plan de sécurité et de bien-être dans les collectivités d'Ottawa énonce six domaines prioritaires, dont le bien-être mental. La Ville d'Ottawa propose un large éventail de services de santé mentale et d'aide en matière de consommation de substances, mais elle ne dispose pas des fonds et de l'effectif nécessaires pour bien gérer le nombre important de crises. Le Service de police d'Ottawa et le Service paramédic

d'Ottawa, que l'on joint par l'intermédiaire du système de répartition du 9-1-1, sont les seuls services offerts en tout temps pour intervenir en cas d'appels concernant la santé mentale ou la consommation de substances. Bien que les gens disposent de différentes options pour accéder à des services d'aide en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances pendant le jour, il y a des moments durant la nuit où il est impossible d'accéder à de tels services. Les ressources du Service paramédic d'Ottawa étant utilisées au maximum, le Service de police d'Ottawa devient le seul choix viable.



16. Organisation mondiale de la Santé, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, Organisation mondiale de la Santé, 2021, p. 1-40. Accès : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>

17. Statistique Canada, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021, gouvernement du Canada, 4 octobre 2021. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.htm>

18. Giwa, « Critical Race Theory ».

### 3. Renseignements généraux sur le projet

Le Conseil d'orientation sur la santé mentale et les dépendances d'Ottawa a été mis sur pied à la suite d'une motion (janvier 2021) présentée par la Commission de services policiers d'Ottawa en réponse aux pressions exercées par les membres de la communauté d'Ottawa, qui demandaient la réalisation d'un examen des solutions de rechange à l'intervention policière en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Dans une autre motion présentée par le Conseil municipal d'Ottawa (le 8 décembre 2021), on a demandé au Conseil d'orientation de proposer un système nouveau ou amélioré d'intervention en cas de crise, lequel serait adapté à la culture et tiendrait compte des traumatismes de manière à améliorer les résultats pour les résidents d'Ottawa qui vivent de telles crises. Le système auxiliaire d'intervention en cas de crise recommandé sera lié directement au volet de bien-être mental du Plan de sécurité et de bien-être dans les collectivités d'Ottawa.

Le mandat du Conseil d'orientation énonce que celui-ci cherche à élaborer une stratégie visant à appuyer l'établissement d'un système nouveau ou amélioré d'intervention dans les situations de crise de santé mentale et de consommation de substances qui permettra d'améliorer la situation des personnes qui vivent de telles situations à Ottawa. Bien que ce travail mette l'accent sur un nouveau système d'intervention en cas de crise, la recherche et les recommandations englobent néanmoins des problèmes systémiques plus larges qui doivent également être abordés pour soutenir les personnes en situation de crise et, espérons-le, faire en sorte qu'elles ne se retrouvent pas dans une telle situation en premier lieu. Le Conseil d'orientation s'est employé à réaliser ces travaux au moyen de

relations avec des principaux intervenants, de la coordination, de l'élaboration de stratégies et de la mise en place de projets pilotes.

Le Conseil d'orientation se compose de représentants de coalitions et de réseaux de services sociaux et de santé communautaires d'Ottawa qui interviennent en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances, et de représentants d'institutions publiques dont le mandat comporte des responsabilités à l'égard de telles crises. Il s'agit notamment des spécialistes en matière de santé mentale, de consommation de substances et de logement, des services aux nouveaux arrivants (établissement), des services à la jeunesse et des ressources communautaires de santé publique, de même que des hôpitaux, du service de police et du service paramédical de la ville. Au total, les membres du Conseil d'orientation représentent 150 organismes qui exercent leurs activités à Ottawa et qui se réunissent sur une base régulière depuis 2021.

En 2022, on a mis sur pied un Secrétariat chargé de s'acquitter des activités quotidiennes du Conseil d'orientation, y compris l'établissement de relations, la mobilisation d'intervenants, la tenue de consultations communautaires et la recherche. Le Secrétariat est composé de deux directrices, d'une coordonnatrice de la recherche et d'une coordinatrice de programme.

“En cas d'incendie, vous appelez les pompiers, et non pas la police, pour qu'ils viennent éteindre le feu. Pourquoi, alors, ne demandons-nous pas aux professionnels de la santé mentale de lutter contre la crise de santé mentale?”

## 4. Méthodologie et collecte de données

Cette section présente la méthodologie de recherche employée pour guider la formulation de recommandations visant une stratégie d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances propre à Ottawa. Parmi les méthodes utilisées, notons : la mobilisation des intervenants; l'établissement d'un groupe de référence composé de personnes ayant une expérience concrète, actuelle ou passée; l'examen de la documentation; l'évaluation de l'environnement; l'analyse des demandes d'intervention.

### Stratégie de mobilisation des intervenants

Trois questions principales ont guidé notre travail : 1) Vers qui les gens se tournent-ils pour obtenir du soutien et des services en matière de santé mentale et de consommation de substances? 2) Quelles sont les expériences des gens qui accèdent à ce soutien et à ces services? 3) Quelles sont leurs recommandations à l'égard d'une autre approche améliorée pour intervenir en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances? Nous avons eu recours à trois méthodes pour mobiliser les membres de la communauté : des consultations auprès de groupes de discussion, des entrevues et des sondages.

Bien que nous ayons encouragé la communauté d'Ottawa dans son ensemble à participer, certaines communautés ont néanmoins été ciblées. Par exemple, nous avons consulté intentionnellement les communautés qui se heurtent de façon

disproportionnée à des obstacles à l'accès au soutien en raison du racisme et de la discrimination dont elles sont victimes et parce qu'elles ont fait l'objet d'un recours excessif à la force. Parmi ces groupes ciblés, notons :

- la communauté somalienne<sup>19</sup> ;
- la communauté africaine, caribéenne et noire;
- d'autres groupes racisés;
- les membres de la communauté 2SLGBTQ+;
- les francophones;
- les personnes vivant dans des zones rurales et urbaines;
- les personnes en situation d'itinérance;
- la communauté des personnes de la rue;
- les personnes qui consomment des substances;
- les groupes confessionnels;
- les nouveaux arrivants;
- les jeunes (âgés de 12 à 24 ans).

Nous avons également communiqué avec des personnes alliant sagesse et expertise en ce qui concerne les systèmes d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances, comme les chefs de groupes confessionnels, les membres du Conseil d'orientation et leurs réseaux respectifs. Au début du processus, la communauté autochtone a décidé de ne pas participer directement aux travaux du Conseil d'orientation, étant donné qu'elle était en voie d'élaborer sa propre Stratégie de bien-être mental des Autochtones. Un résumé de la stratégie autochtone figure ici dans le présent rapport.

19. La communauté somalienne a fait l'objet d'une consultation intentionnelle en raison de son expérience unique en tant que plus grande communauté de race noire à Ottawa et des répercussions durables de la mort d'Abdirahman Abdi, tué par la police.

Les fournisseurs de services qui servent ces communautés ont également fait l'objet de consultations, notamment :

- les travailleurs de première ligne, y compris les pairs aidants;
- les gestionnaires;
- les responsables des centres de santé communautaires;
- le personnel des organismes de logement;
- le personnel des refuges;
- le personnel du programme d'approvisionnement plus sécuritaire;
- le personnel de programmes de soutien en matière de santé mentale et de consommation de substances, y compris à l'intention des nouveaux arrivants;
- le personnel des services à la jeunesse;
- le personnel des services d'urgence des hôpitaux;
- les paramédicaux;
- les policiers qui font partie de l'Unité de santé mentale du Service de police d'Ottawa;
- les préposés à la réception des appels du 9-1-1 et les répartiteurs;
- les bénévoles du Centre de détresse d'Ottawa;
- les organismes qui travaillent auprès des membres de la communauté ayant des démêlés avec la justice.

Les consultations ont eu lieu en ligne et en personne. Les discussions de groupe étaient d'une durée de deux heures, tandis que les entrevues pouvaient durer un maximum d'une heure. Dans le cadre de l'approche de mobilisation communautaire, on a demandé à des champions communautaires de contribuer au recrutement de participants et, à l'occasion, de faciliter les consultations. Dans la mesure du possible, des psychologues étaient présents pour fournir du soutien aux participants au besoin. Des guides de discussion ont été distribués à l'avance aux champions communautaires et aux participants.

Un montant d'argent a été versé aux champions communautaires, aux coordonnateurs, aux preneurs de notes, aux fournisseurs de soutien par les pairs et aux membres des communautés en guise de remerciement pour leur participation. Nous avons adopté une approche d'échantillonnage « boule de neige », c'est-à-dire que nous avons demandé aux participants de nous aider à trouver d'autres personnes disposées à nous faire part de leurs histoires, de leurs idées et de leurs recommandations à l'égard d'une autre approche à adopter en matière d'intervention en cas de crise à Ottawa. Cette façon de procéder nous a permis de nouer et de renforcer des liens avec plus de 50 organismes entre avril 2022 et décembre 2022. Au total, nous avons réalisé 100 entrevues individuelles, 50 consultations auprès de groupes de discussion (747 participants) et deux sondages en ligne (347 répondants), pour un total de 1 194 participants.



## Répartition démographique des participants

*Données démographiques sur les consultations auprès de groupes de discussion et sur les entrevues*

Le tableau 1 présente la répartition démographique des groupes consultés et le nombre correspondant de groupes de discussion et d'entrevues réalisées auprès de chaque groupe. Des données démographiques individuelles ont été recueillies auprès des personnes qui ont participé aux entrevues, mais pas auprès de celles qui ont participé aux groupes de discussion. Les communautés et les groupes choisis cadrent avec la stratégie des intervenants visant à mobiliser les groupes touchés de manière disproportionnée et qui se heurtent à des obstacles à l'accès aux services de soutien, ainsi qu'à consulter les fournisseurs de services qui connaissent le système d'intervention en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances d'Ottawa.

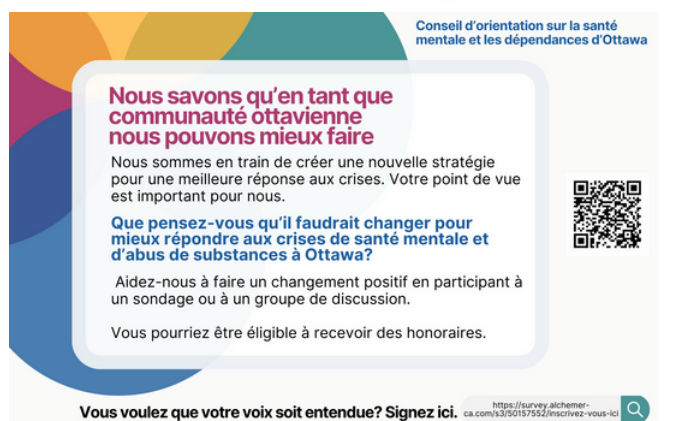


Tableau 1. Nombre d'entrevues et de consultations

Communauté ou groupe	Nbre de participants aux entrevues	Nbre de groupes de discussion	Nbre de participants aux groupes de discussion
<b>Communauté 2SLGBTQ+</b> (majoritairement de race noire)	0	2	40
<b>Logement abordable et logement social</b>	4	5	80
<b>Communauté africaine, caribéenne, noire</b>	2	3	68
<b>Soignants</b>	8	3	29
<b>Groupes confessionnels et chefs de groupes confessionnels</b>	5	2	14
<b>Communauté francophone</b> (majoritairement de race noire)	0	2	86
<b>Personnes racisées*</b>	22	1	25
<b>Personnes vivant en zone rurale</b>	0	2	36
<b>Fournisseurs de services</b>	5	18	250
<b>Communauté somalienne</b>	0	2	21
<b>Personnes de la rue et personnes en situation d'itinérance</b>	39	1	10
<b>Jeunes</b>	0	4	45
<b>Autres</b> (p. ex. clients de centres de santé communautaire, personnes qui participent à des groupes de soutien par les pairs)	15	5	43
<b>Total</b>	100	50	747

\* Dans ce tableau, le terme « personne racisée » comprend les personnes s'identifiant comme faisant partie des groupes raciaux et ethniques suivants : les Arabes ou Moyen-Orientaux; les Afghans; les Asiatiques du Sud; les Asiatiques de l'Est (Chinois, Coréens); les Juifs et les Autochtones (Métis, Mohawks).

## Données démographiques sur les résidents d'Ottawa et les fournisseurs de services d'Ottawa qui ont répondu au sondage

Les personnes qui n'étaient pas en mesure de participer à une entrevue ou à un groupe de discussion ont reçu deux sondages en vue de fournir un complément d'information. Hébergés sur la plateforme en ligne Alchemer, les sondages comprenaient des questions démographiques, des questions fermées et des questions ouvertes. À la fin du sondage, les participants étaient invités à participer à un tirage au sort pour courir la chance de gagner une carte-cadeau d'une valeur de 50 \$. Les participants avaient environ un mois pour remplir le sondage.

Nous avons reçu 299 réponses au sondage à l'intention des résidents et 48 réponses au sondage à l'intention des fournisseurs de services<sup>20</sup>. Les tableaux 2 à 9 ci-dessous présentent les caractéristiques démographiques des participants. Dans ces tableaux, la somme des pourcentages ne correspond pas à 100 pour les raisons suivantes : a) pour certaines questions, les répondants devaient cocher toutes les réponses qui s'appliquaient, ce qui signifie qu'ils pouvaient choisir plus d'une réponse; b) certains participants ont laissé la question sans réponse; c) les pourcentages ont été arrondis à l'unité près.



## Sondage auprès des membres de la communauté (299 répondants)

Tableau 2. *Expérience de l'utilisation des services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Expérience personnelle de l'utilisation des services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances	48 %
Connaissance d'une personne ayant utilisé les services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances	62 %
Aucune expérience personnelle de l'utilisation des services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances	10 %

Tableau 3. *Ethnicité*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Blanc	76 %
Asiatique de l'Est	3 %
Autochtone (Première Nation, Inuit, Métis)	3 %
Latino-Américain	2 %
Asiatique du Sud-Est	1 %
Asiatique du Sud	3 %
Moyen-Oriental	4 %
Noir	5 %
Ethnies ou races multiples	2 %
Je préfère ne pas répondre	2 %

Tableau 4. *Statut d'immigration*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Nouvel immigrant (depuis 2017)	4 %
Réfugié	1 %
Étudiant	2 %
Résident temporaire	4 %
Résident permanent	14 %
Citoyen canadien	77 %

Tableau 5. *Genre*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Femmes	55 %
Hommes	34 %
Personnes non binaires	5 %
Personnes bispirituelles	1 %
Autre	1 %
Je préfère ne pas répondre	1 %

Tableau 6. *Statut 2SLGBTQ+*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
S'identifiant comme membre de la communauté 2SLGBTQ+	27 %
Ne s'identifiant pas comme membre de la communauté 2SLGBTQ+	65 %
Je préfère ne pas répondre	4 %

Tableau 7. *Âge*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Moins de 18 ans	< 1 %
De 18 à 24 ans	9 %
De 25 à 40 ans	43 %
De 41 à 55 ans	24 %
De 56 à 75 ans	18 %
De 76 à 93 ans	< 1 %
Je préfère ne pas répondre	1 %





## Sondage auprès des fournisseurs de services (48 répondants)

Tableau 8. Rôle au sein de l'organisme

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Cadre supérieur	13 %
Gestionnaire/directeur	17 %
Membre du personnel	65 %
Bénévole	2 %

Tableau 9. Participation à la prestation de services directs et indirects\*

Catégories	Pourcentage (%) du total des répondants
Services directs – « Oui »	58 %
Services directs – « Non »	33 %
Services indirects – « Oui »	79 %
Services indirects – « Non »	19 %

\*On entend par services « directs » une personne qui participe à l'intervention immédiate en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances (p. ex. aidant pair, paramédical, policier, infirmier, travailleur social), et par services « indirects », une personne qui aide ceux en situation de crise à accéder aux services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances (p. ex. gestionnaire d'une équipe d'intervention de première ligne, conseiller, spécialiste de la mobilisation communautaire, personnel des ressources humaines).

### Groupe de référence composé de personnes ayant une expérience concrète, actuelle ou passée

Un groupe de référence composé de 11 personnes ayant une expérience concrète, actuelle ou passée (clients ou membres de leur famille proche ayant obtenu de l'aide des services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances) a été formé à partir de membres du grand public pour fournir des conseils, réaliser une analyse des données recueillies et exposer leurs points de vue sur celles-ci. Un processus de candidature et d'entrevue nous a permis de créer un groupe diversifié à partir d'un bassin initial de 70 candidats. Le groupe en question s'est réuni à quatre reprises entre août 2022 et mars 2023.

Vous trouverez ci-dessous une liste des caractéristiques démographiques que les membres du groupe de référence se sont attribuées eux-mêmes dans leurs candidatures.

Âge	Genre	Origine ethnique ou race	Autres identifiants
De 16 à 24 ans	Femme	Personne noire	S'identifiant comme membre de la communauté 2SLGBTQ+
De 25 à 39 ans	Homme	Personne racisée	Réfugié
De 40 à 55 ans	Non binaire	Personne blanche	
De 55 à 65 ans			

### Collecte de données et outils

Des questions d'entrevue individuelle, des questions de sondage et des guides de discussion semi-structurés ont été créés en fonction des objectifs et des buts de la stratégie de mobilisation communautaire. Élaborés selon une approche tenant compte des traumatismes, les guides et les questions ont été distribués aux membres du Conseil d'orientation aux fins d'examen et dans le but d'obtenir de la rétroaction.

### Analyse des données

Les notes sur les consultations en groupes de discussion et les entrevues ont fait l'objet d'une analyse au moyen du logiciel NVivo et d'approches de codification manuelles. Nous avons discuté d'un cadre d'analyse comportant des catégories qui correspondaient aux questions de recherche avant la codification des données, puis nous avons procédé à une mise à jour des codes une fois les tendances initiales recensées. Les données ont été réparties selon des thèmes, et deux groupes, soit un sous-comité du Conseil d'orientation et le groupe de référence, ont participé à des ateliers au cours desquels ils ont examiné les données et fourni de la rétroaction. Les thèmes déterminés ont également fait l'objet d'une validation auprès des participants aux consultations en groupes de discussion et aux entrevues. Ces derniers ont donné leur avis sur les thèmes dans le cadre d'un questionnaire de validation en ligne. Selon les résultats du questionnaire de validation, 95 % des participants ont indiqué que le résumé reflétait leurs points de vue et leurs contributions.

### Analyse documentaire

On a demandé la réalisation d'une analyse documentaire en vue : d'étudier les connaissances existantes au sujet des lacunes recensées au chapitre des services d'intervention en cas de crise; d'analyser les expériences des Noirs, des

Autochtones et des personnes racisées qui font appel à ces services; et de déterminer les pratiques exemplaires en matière d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances au moyen d'une approche anticoloniale et anti-oppressive. De plus, en vue de valider les résultats des consultations en groupes de discussion, des entrevues et des sondages, nous avons procédé à la synthèse de la documentation et des rapports antérieurs à ce sujet. Vous trouverez l'analyse documentaire à l'annexe A du présent rapport.

### Évaluation de l'environnement

La Ville d'Ottawa a retenu les services d'une société d'experts-conseils pour réaliser une évaluation de l'environnement en ce qui concerne l'intervention parallèle en cas de crise de santé mentale dans d'autres villes. Les chercheurs ont examiné les systèmes d'intervention à Eugene (dans l'État de l'Oregon), à Vancouver (en Colombie-Britannique), dans la région municipale de Niagara (en Ontario), à Toronto (en Ontario) et à Ottawa (en Ontario). Vous trouverez un résumé du rapport en question à l'annexe B du présent rapport.

### Étude sur les demandes d'intervention en santé mentale à Ottawa

Des chercheurs ont procédé à l'analyse de la répartition assistée par ordinateur, du système de gestion des documents (SGD), et d'enregistrements audio obtenus auprès de plusieurs lignes téléphoniques (soit le 9-1-1, le SPO – autres urgences, l'Unité de déclaration à la police du SPO et la ligne prioritaire de l'Unité de déclaration à la police du SPO) entre le 1er septembre 2021 et le 31 août 2022. L'étude visait à comprendre la prévalence des incidents impliquant des troubles de santé mentaux perçus dans les appels à la police à Ottawa. Vous trouverez un résumé du rapport en question à l'annexe C du présent rapport.

## 5. Résultats – Ce que nous avons entendu

Dans cette section, nous expliquons l'approche adoptée pour l'analyse des données et fournissons des détails sur ce que nous avons entendu lors des consultations auprès de groupes de discussion, des entrevues et des sondages. Les résultats sont classés sous plusieurs thèmes répartis en trois grandes catégories, soit : a) une carte du système illustrant comment et à quel endroit les personnes accèdent aux mécanismes de soutien et aux services en matière de santé mentale et de consommation de substances; b) les caractéristiques particulières des crises de santé mentale et de consommation de substances; et c) ce que vivent les personnes au moment d'accéder aux mécanismes de soutien et aux services. Nous décrivons également des recommandations qui permettraient d'améliorer le système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances d'Ottawa.

### A. Carte du système : Endroits où les personnes accèdent aux mécanismes de soutien et aux services en matière de santé mentale et de consommation de substances

*Les gens ont recours à une large gamme de mécanismes de soutien et de services.*

Nous avons demandé aux gens où ils allaient chercher de l'aide en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Le diagramme ci-dessous illustre les diverses réponses fournies lors des consultations auprès de groupes de discussion et d'entrevues (figure 1). La taille des cercles indique la fréquence à laquelle le mécanisme de soutien ou le service a été mentionné.

Dans l'ensemble, les participants aux consultations auprès de groupes de discussion et aux entrevues ont indiqué le plus souvent qu'ils se sentaient à l'aise de communiquer avec un ami ou un membre de leur famille lorsqu'ils étaient en situation de crise. Après cette réponse la plus fréquente, les répondants ont indiqué le plus souvent qu'ils étaient à l'aise de se tourner vers les pairs aidants, les hôpitaux (services d'urgence), les équipes mobiles de crise en santé mentale, les équipes de travail de rue et les professionnels. Ensuite, ce sont les services téléphoniques d'urgence, les lignes d'assistance et les lieux de culte qui ont été mentionnés le plus souvent. Enfin, les réponses les moins fréquentes étaient « Le 911 pour la police », « Je ne sais pas », « Personne » et « L'Unité de santé mentale du Service de police d'Ottawa ».



**Figure 1.** Vers qui se tourne-t-on pour obtenir de l'aide en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances ?\* (Consultations en groupes de discussion et entrevues)

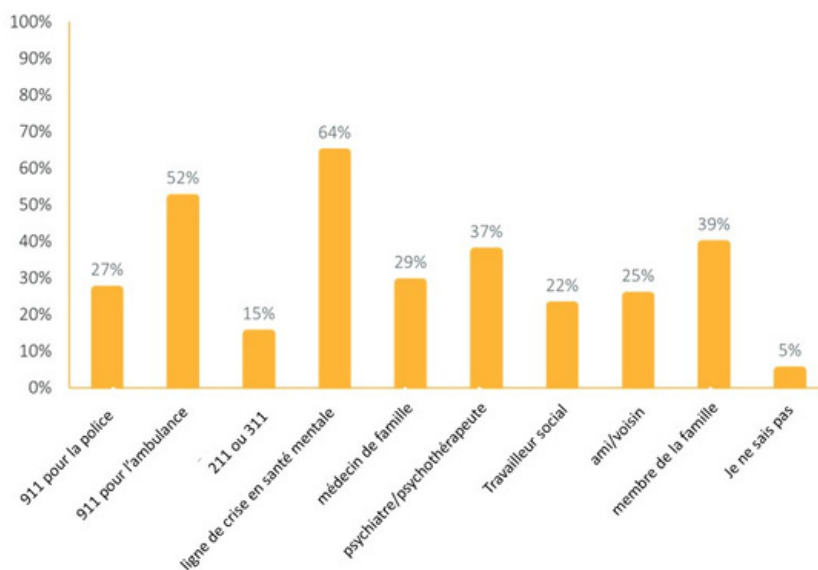
\*Remarque : La police comprend l'Unité de santé mentale du SPO; les équipes mobiles de crise en santé mentale comprennent l'équipe de crise en santé mentale de l'Hôpital d'Ottawa et l'équipe d'intervention pour le bien-être mental des paramédicaux; les services téléphoniques d'urgence comprennent le Bureau des services à la jeunesse (BSJ), l'Hôpital d'Ottawa et le Centre de détresse d'Ottawa; les équipes de travail de rue comprennent l'équipe d'éducation et de prévention en matière de surdose et la fourgonnette de l'Armée du salut; les professionnels comprennent les médecins, les conseillers, les conseillers d'orientation scolaire, les travailleurs sociaux, les infirmiers et les chargés de cas.

Le deuxième diagramme illustre la façon dont les répondants au sondage ont répondu à la même question (figure 2). Plus des deux tiers des participants ont indiqué qu'ils appelleraient un service téléphonique d'urgence en santé mentale pour obtenir de l'aide pour eux-mêmes ou pour une autre personne en situation de crise de santé mentale ou de consommation de substances. Environ la moitié des répondants composeraient le 9-1-1 pour obtenir de l'aide des paramédicaux et environ un tiers des répondants ont indiqué qu'ils appelleraient un psychiatre, un psychologue, un conseiller, un membre de la famille ou un médecin de famille.

## B. Les particularités des crises de santé mentale et de consommation de substances

Nous cherchions à comprendre en quoi l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances différerait des interventions en cas d'autres crises médicales du point de vue du fournisseur de services. Nous avons appris que les crises de santé mentale diffèrent à

plusieurs égards des autres crises médicales, et les participants ont souligné des différences clés. Les fournisseurs de services ont indiqué que la santé mentale est complexe et qu'elle se présente sous diverses formes. Les troubles de santé physique sont plus faciles à diagnostiquer et à traiter, tandis que le type d'intervention à effectuer en cas de troubles de santé mentale et de consommation de substances n'est pas toujours évident. Par exemple, des premiers intervenants ont mentionné avoir en place des procédures pour traiter une personne qui a des fractures osseuses, qui est en train d'accoucher, qui fait une crise cardiaque ou qui présente d'autres types de blessures, mais indiquent que les crises de santé mentale sont souvent plus compliquées. L'un d'eux a déclaré : « Il est plus facile de prioriser les appels pour des raisons médicales, par exemple les blessures; il faut toutefois plus de temps et d'efforts pour appliquer les protocoles de la santé mentale. » Un autre a fait écho à ce commentaire en affirmant : « Puisque chaque cas est unique, l'approche doit l'être elle aussi. Il n'existe pas de protocole simple à suivre. »



**Figure 2.** Vers qui se tourne-t-on pour obtenir de l'aide en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances? (Sondage auprès de la communauté)

Les premiers intervenants ont discuté de l'importance d'éviter de dire « la mauvaise chose qui risque d'aggraver la situation d'une personne en crise de santé mentale qui appelle pour obtenir de l'aide ». Ils ont souligné que, contrairement aux blessures physiques, il est souvent difficile de déterminer les symptômes psychologiques et émotionnels d'une personne en pleine crise de santé mentale ou de consommation de substances. Par conséquent, il faut adopter une attitude unique à l'égard de la santé mentale et de la consommation de substances comparativement aux autres crises de santé, notamment en « prenant le temps de créer un lien et d'écouter attentivement le patient ». Un fournisseur de services a réitéré que « [l]es crises de santé mentale et de consommation de substances sont imprévisibles; il faut donc être patient et faire appel à une approche éclairée par les traumatismes. Les techniques du langage corporel et de la communication sont importantes pour désamorcer les crises. » Un autre participant a indiqué qu'il est « important de faire preuve d'empathie, d'écouter, de poser des questions appelant des commentaires et de faire un suivi après la crise », en ajoutant que parfois, tout ce qu'il faut faire, c'est écouter la personne en situation de crise. Un autre participant a également ajouté ce qui suit : « Il est difficile de prendre soin des clients après leur interaction avec la police, puisqu'ils sont stressés et craintifs; il est plus difficile d'établir des liens avec eux. » Certains travailleurs de première ligne ont déclaré qu'il est difficile d'aider une personne en situation de crise de santé mentale si elle n'est pas réceptive ou si elle ne croit pas avoir une maladie mentale ou un trouble de santé mentale. Parfois, le travailleur de première ligne doit priver une personne de son pouvoir décisionnel en remplissant le formulaire 1, sans toutefois savoir quel sera le résultat pour le client.

Dans leurs descriptions de personnes en crise de consommation de substances, les participants ont indiqué que, contrairement aux autres problèmes médicaux pour lesquels

le traitement peut être retardé,« [i]l y a un créneau exigü dont il faut profiter lorsque le patient ou le client qui a une dépendance est disposé à recevoir de l'aide, alors que cette aide n'est pas disponible en raison des longues listes d'attente (par exemple pour les services de désintoxication) ». Cela empêche le client d'obtenir les services dont il a besoin pour réduire les effets néfastes associés à sa consommation de substances. Les fournisseurs de services ont indiqué recevoir une formation suffisante et pertinente qui leur permet d'intervenir pour une multitude de problèmes de santé physique, mais que la formation offerte en matière de santé mentale et de consommation de substances laisse souvent à désirer. Par exemple, les premiers intervenants ont mentionné qu'un apprentissage sur le terrain est nécessaire pour acquérir les connaissances nécessaires pour intervenir en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Le fardeau émotionnel et mental n'est pas le même que pour les situations impliquant une urgence physique.

Un participant a renforcé ce point en mentionnant ce qui suit : « Intervenir est un exercice intellectuellement difficile et exigeant. Il faut être vigilant et tout observer, aussi bien le langage corporel que les environs, les personnes qui accompagnent les patients ou les clients, ainsi que vos propres partenaires dans l'intervention. Il faut aussi faire des déductions en analysant mieux les crises que vivent des patients ou des clients. » En raison des lacunes au chapitre de la prestation de services, les fournisseurs de services ont indiqué ne pas toujours se sentir en confiance



au moment d'aiguiller des patients vers d'autres services. Selon un participant, « [p]our les clients qui sont déjà aux prises avec la justice, il faut d'abord s'occuper de leur santé mentale et être réaliste dans l'aide qui leur est offerte... » parce que, « [p]our bien des gens, la situation est sans espoir à cause des lacunes du système. Elles n'ont pas besoin de fausses promesses des organismes fournisseurs de services : elles ont besoin de transparence, et il faut les encourager même pour les détails les plus menus, par exemple se présenter aux rendez-vous, prendre l'autobus et tâcher de devenir sobres. »

Les fournisseurs de services ont indiqué qu'en raison de la stigmatisation et d'autres formes de discrimination associées à la santé mentale et à la consommation de substances, « [l]es patients ou les clients ne veulent pas toujours de votre aide, pour bien des raisons, comme la honte et les mauvaises expériences vécues auparavant ». Un fournisseur a fait remarquer : « Parfois, dans les communautés de nouveaux arrivants, les parents ne comprennent pas ce qu'il advient de leurs enfants qui ont des problèmes de consommation de substances ou de santé mentale : ils sont eux-mêmes très stigmatisés à propos de ces problèmes. » Les fournisseurs de services ont souligné l'importance de créer un système de soutien social robuste pour les personnes en situation de crise de santé mentale ou de consommation de substances. « Il est important de consulter la famille en l'informant et en l'aidant à comprendre la situation, ce qui réduit la stigmatisation. »

### **C. Ce que vivent les personnes au moment d'accéder aux mécanismes de soutien et aux services**

Dans cette section, nous décrivons les expériences qu'ont vécues des personnes au moment d'accéder aux mécanismes de soutien et aux services pour la santé mentale et la consommation de substances. Ces expériences sont classées selon différentes lacunes découlant des obstacles aux soins nécessaires qu'occasionne l'insuffisance des ressources et des investissements dans une intervention appropriée et adaptée à la culture en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Nous présentons également des expériences personnelles de certaines personnes avec des fournisseurs de services.

#### **Les gens ont recours aux services de crise de façon transitoire.**

Les participants ont indiqué qu'ils n'obtiennent pas l'aide dont ils ont besoin lorsqu'ils accèdent aux services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. À leur avis, il est probable qu'une crise surviendra de nouveau si elle n'est pas entièrement résolue. Pour certains, le système n'a fait que les faire passer d'un service à l'autre ou d'un hôpital à l'autre, sans pour autant leur fournir des soins appropriés ou des services de soutien ou de suivi. Relatant son expérience à l'hôpital, une personne a déclaré : « On m'a traité comme un rat de laboratoire. J'ai vu psychiatre après psychiatre et on m'a fait essayer différents médicaments; aucun ne fonctionnait. »

« [Les personnes] ont besoin de transparence, et il faut les encourager même pour les détails les plus menus, par exemple se présenter aux rendez-vous, prendre l'autobus et tâcher de devenir sobres. »

Un participant autochtone a ajouté : « Le fait de devoir raconter notre histoire à chacun de ces professionnels, parfois en l'espace de quelques heures ou de quelques minutes, est incroyablement épuisant et traumatisant. » D'autres nous ont fait part de sentiments comme le suivant : « Nous avons vu un psychiatre débutant. Celui-ci a indiqué qu'il devait consulter un supérieur responsable parce qu'il n'était pas en mesure de nous offrir des recommandations, puisque notre cas dépassait sa compétence. Nous avons attendu une semaine de plus avant d'obtenir des nouvelles, et nous avons appelé quatre ou cinq fois pendant ce temps. En fin de compte, ce responsable n'a fait qu'envoyer une recommandation à notre médecin de famille. » Un participant d'un groupe racisé a mentionné ce qui suit : « Il faut appeler un grand nombre de personnes et faire des suivis auprès d'elles, et en fin de compte, on nous fait tourner en rond. On nous fait passer d'une personne à l'autre. Il ne devrait pas être si difficile d'obtenir des soins ou de fixer un rendez-vous ». Au sujet de l'expérience en milieu rural, un fournisseur de services a indiqué ce qui suit : « À la suite d'un appel avec une ligne d'écoute téléphonique, bon nombre de jeunes en milieu rural ont l'impression d'avoir obtenu de l'aide au moment où ils en avaient besoin, mais l'absence de changement permanent et de prise de mesures fait en sorte qu'ils se retrouveront probablement en situation de crise à un moment donné. »

En raison de leurs expériences, bon nombre de participants aux consultations auprès de groupes de discussion et aux entrevues se sont dit réticents à se rendre au service d'urgence d'un hôpital. Ils citent les longs délais d'attente, la nécessité d'être en rétablissement pour se faire

évaluer par un psychiatre, le manque de ressources et d'aiguillage vers d'autres professionnels, de même que la stigmatisation, le racisme et d'autres formes de discrimination de la part du personnel des hôpitaux. De plus, les participants ont cité de nombreux cas où ils ont dû s'infliger des blessures physiques pour obtenir l'attention nécessaire dans les services d'urgence. C'était d'ailleurs le cas de plusieurs participants qui avaient songé au suicide et qui craignaient de se faire du mal ou d'en faire à d'autres. Un participant a déclaré ce qui suit : « J'ai vécu cette expérience quand je suis allé à l'hôpital : j'ai insisté pour qu'on me garde. Je craignais de m'infliger des torts ou de nuire aux autres. Mais on m'a dit que ma situation n'était pas assez problématique. » Quelqu'un d'autre a précisé : « J'ai fait une surdose et on m'a conduit à [l'hôpital]. On a attendu que je m'éveille, on m'a demandé si j'allais me tuer, puis on m'a demandé de rentrer chez moi parce que des membres de l'équipe responsable de la santé mentale étaient malades ».

### **Les gens attendent longtemps pour obtenir du soutien.**

Presque tous les participants ont éprouvé un sentiment de frustration et de détresse lorsqu'on leur a indiqué qu'ils devraient attendre un long moment avant d'obtenir de l'aide. Tous les services doivent composer avec de longs délais d'attente, qu'il soit question du 9-1-1, d'un service téléphonique d'urgence, d'un service de police ou de paramédicaux, d'un service d'urgence d'un hôpital ou des services de suivi au sein de la communauté. Dans l'ensemble des communautés rurales et urbaines, les mécanismes de soutien disponibles ne répondent pas à la demande élevée pour des services en matière de santé mentale et de consommation de substances. Un participant d'un groupe racisé a mentionné ce qui suit : « Il n'y a pas de soutien pour les personnes en situation de crise. Nous n'avons rien. Il faut attendre des semaines ou des mois pour un aiguillage – rien ne se fait rapidement. Ce n'est pas ce que j'appellerais une intervention en cas de crise. »

Un autre participant d'un groupe racisé a déclaré ce qui suit : « Il faut trouver une solution pour remédier aux délais d'attente. J'ai passé plus de temps à attendre qu'à recevoir des soins. Pendant tout ce temps, mon état de crise me préoccupait beaucoup. C'était frustrant – et je me suis demandé ce qui aurait pu m'arriver si je n'avais pas été en mesure de tenir bon aussi longtemps. »

On considère également que les longs délais d'attente témoignent du manque d'option en ce qui concerne les services disponibles. Les personnes nécessitant des soins et leurs proches aidants n'apprécient pas le fait qu'il leur est impossible de choisir eux-mêmes le mode d'intervention approprié en cas de crise. On est d'avis que le manque d'options est imputable : au faible nombre de services accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; au fait que des gens se voient interdire l'accès à certains services ou ont un accès restreint à ceux-ci; et aux préjugés des passants, dont le premier réflexe est souvent de composer le 9-1-1. Les personnes qui habitent dans des logements abordables et des logements sociaux indiquent qu'elles doivent parfois prendre des décisions au nom d'autres personnes en situation de crise qui habitent dans le logement. Certaines ont exprimé leurs remords et leur chagrin à l'égard du fait qu'elles ont appelé la police en composant le 9-1-1. Dans un cas, il a été noté que la personne en situation de crise a été mise en état d'arrestation pour consommation de substances en public, plutôt que de recevoir de l'aide.

« Je pense simplement que la présence de la police crée un environnement lié à la criminalité, plutôt qu'un environnement convivial. »



## Les personnes communiquent avec les services auxquels ils font confiance et les personnes qu'elles connaissent.

Bon nombre de participants, notamment des participants noirs et issus de groupes racisés, ont indiqué qu'en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances, ils préfèrent se fier à une personne qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. Cette personne peut être un chef religieux, un ami, un membre de la famille ou un professionnel de la santé avec lequel ils ont déjà établi une relation. Les participants indiquent avoir obtenu du soutien auprès d'organismes communautaires, y compris les centres de santé communautaires et les intervenants communautaires. Ces organismes ont du personnel formé pour fournir du soutien en situation de crise et ont des programmes axés sur les personnes et qui tiennent compte des traumatismes. Par exemple, un jeune participant a indiqué ce qui suit : « L'expérience vécue auprès du Bureau des services à la jeunesse est très sympathique. Il y avait aussi des événements et des activités, dont un groupe de soutien. On m'a permis d'avoir accès à un logement, à un emploi et à des conseils. » Dans sa description du soutien que lui ont fourni des groupes communautaires, un participant a affirmé ce qui suit : « J'ai fixé un rendez-vous avec un conseiller allosexuel par l'intermédiaire de Counseling on connecte, au Centre de santé communautaire du centre-ville. » Un autre participant a indiqué s'être tourné vers les intervenants de « Somerset West pour obtenir de l'aide en matière de santé mentale, car [il les connaît] et ils peuvent l'aider. Ils offrent de l'aide, peu importe le type de problème. » Les participants adultes qui ont participé à la consultation auprès d'un groupe de discussion sur le logement abordable et le logement social ont indiqué ce qui suit : « Je me tournais vers les ressources disponibles dans ma communauté, comme Psychiatric Survivors of Ottawa. »; « [Je me tournais vers] le Centre juif de services familiaux, sachant qu'on y trouve une clinique de soutien psychologique sans rendez-vous »; et « Je m'en suis sorti en me tournant vers le Centre de gestion du sevrage d'Ottawa. Je n'ai pas attendu longtemps avant mon admission. On m'a beaucoup aidé, que ce soit à mon arrivée au centre ou lors de mes suivis. »

Même si plusieurs participants ignoraient l'existence des équipes mobiles de crise en santé mentale à Ottawa, ceux qui s'étaient tournés vers ces dernières avaient néanmoins formulé des commentaires positifs à l'égard de celle de l'Hôpital d'Ottawa, et ce, même si plusieurs ont souligné que le service n'est pas disponible en tout temps. Des membres de la communauté africaine, caribéenne et noire ont mentionné ce qui suit : « L'équipe mobile de crise en santé mentale, dès qu'elle voit votre nom, peut lancer une recherche à votre sujet. Si elle vous connaît, vous avez une chance d'obtenir de l'aide. » Ces participants ont d'ailleurs indiqué que « l'équipe mobile est efficace; elle sait ce qu'elle fait et elle tâche d'assurer un suivi ». Un participant membre de la communauté 2SLGBTQ+ a déclaré ce qui suit : « L'équipe mobile de crise en santé mentale m'a fourni le meilleur service qui soit. Elle est venue chez moi; c'était bien de parler avec quelqu'un à la maison. » Un autre participant a affirmé ce qui suit : « L'équipe mobile de crise en santé a été formidable ». « Elle m'a aidé à sortir de la rue et à trouver un logement. »

Les participants ont indiqué qu'en plus de leur fournir du soutien émotionnel et des soins compatissants sans préjugés, les gens qu'ils connaissent servent aussi de défenseurs qui les aident à naviguer dans les services médicaux et sociaux pour trouver le soutien dont ils ont besoin. Les lacunes de l'approche actuelle en matière d'intervention pour ce qui est de la santé mentale et de la consommation de substances, de même que les expériences négatives vécues, ont amené les gens à perdre espoir et à perdre confiance dans le système. Les participants de groupes racisés nous ont fait part des sentiments suivants : « [Mon épouse] avait toujours l'impression que ses besoins n'étaient pas comblés ou qu'on ne l'écoutait pas. Elle ne pensait pas que cela l'aiderait. Je le dis avec tristesse, mais je suis maintenant du même avis, même si je ne sais pas quoi faire d'autre. » et « Je m'en fiche maintenant. J'ai baissé les bras. La vie n'a pas de sens et cette situation deviendra tout simplement ma réalité. »

Les gens ont tendance à préférer des mécanismes de soutien et des services qui leur ont bien servi dans leur démarche pour obtenir de l'aide. Les participants ont souligné que le fait qu'ils connaissent bien l'organisme Psychiatric Survivors of Ottawa et que le personnel des centres de santé communautaires est utile. Un autre participant a ajouté que « la famille sait comment nous calmer, ce qui nous aide à nous rappeler que nous n'avons pas à vivre cette situation seuls. » Enfin, un membre de la communauté africaine, caribéenne et noire a suggéré qu'Ottawa devrait « faire intervenir des chefs religieux dans le réseau de la santé mentale... parce que nous pouvons compter sur eux et sur leur discrétion ».

« Il faut faire intervenir des chefs religieux dans le réseau de la santé mentale... parce que nous pouvons compter sur eux et sur leur discrétion. »

### **Les gens ne veulent pas appeler la police. Certaines préfèrent appeler les paramédics.**

Une majorité écrasante de participants aux consultations en groupes de discussion et aux entrevues ont indiqué qu'ils éviteraient d'appeler la police et qu'ils préféreraient obtenir l'aide des paramédics lorsqu'ils composent le 9-1-1. Bon nombre d'entre eux craignent d'être blessés, tués, harcelés ou traités comme des criminels par la police. Cette crainte découle des antécédents de racisme et de discrimination, du fait que leur situation n'ait pas été prise au sérieux et du recours à une force excessive. En revanche, la plupart des participants étaient impressionnés par le Service paramédic d'Ottawa et satisfaits de leurs expériences avec celui-ci. Parmi les principaux aspects positifs cités à l'égard de l'intervention des paramédics en milieu urbain et suburbain,

notons l'intervention rapide, la compassion, la capacité à réagir rapidement aux surdoses ou aux situations concernant le suicide et la capacité à se rendre jusqu'à la personne en besoin. Toutefois, les participants vivant dans des communautés rurales ont connu de longues périodes d'attente après avoir appelé la police ou les paramédics pour des crises de santé mentale ou de consommation de substances. Les participants qui sont en situation d'itinérance, qui vivent dans des refuges ou qui font partie de la communauté des personnes de la rue ont formulé les commentaires suivants à l'égard des paramédics : « Les paramédics voient les crises de santé mentale et de consommation de substances comme des problèmes de santé plutôt que des problèmes criminels », et « En cas de crise, je veux qu'une ambulance et des paramédics interviennent, pas la police. » Un conseiller d'orientation qui travaille dans une école secondaire a indiqué ce qui suit : « Les paramédics font un travail extraordinaire. Ils prennent ces situations très au sérieux et traitent les élèves avec respect et compassion. » De même, un membre de la communauté africaine, caribéenne et noire a déclaré ce qui suit : « Les paramédics ont été formidables pour traiter cette personne. Je ne suis pas certain qu'ils avaient les ressources voulues quand ils ont conduit cette personne à l'hôpital. Ils ont fait de leur mieux pour s'occuper d'elle. » Cependant, certains participants de groupes racisés ont indiqué avoir eu l'impression que les paramédics faisaient peu de cas d'eux et ne prenaient pas leur problème au sérieux. Un participant de la communauté somalienne a mentionné ce qui suit : « Les paramédics feront tout pour vous convaincre que vous n'êtes pas assez fou [pour aller à l'hôpital]. »

En général, les participants de la communauté ont exprimé de nombreuses inquiétudes quant à l'intervention de la police en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Une personne d'un groupe racisé a affirmé ce qui suit :

« Ils ont l'air menaçants. On ne se sent pas sur un pied d'égalité, ni en sécurité. Dès qu'ils arrivent sur les lieux, il est tout de suite évident qu'il y a un déséquilibre du pouvoir. C'est effrayant et c'est ce qu'il y a de pire pour quelqu'un qui est en situation de crise. » Un participant de la communauté 2SLGBTQ+ a ajouté ce qui suit : « J'ai peur de la police. J'ai toujours été méfiant à l'égard des forces de l'ordre. Lorsque je vis une crise de santé mentale, je me demande si des policiers vont se présenter et s'ils vont m'arrêter. » Un autre participant a relaté l'histoire d'une intervention policière dans laquelle un agent de police a « saisi la personne par le cou », ajoutant : « nous regrettons d'avoir appelé la police. » Plusieurs autres personnes ont parlé d'expériences traumatisantes où des policiers leur ont passé les menottes. En voici quelques exemples : « Ce n'était pas correct. Si j'étais une personne entièrement blanche, ils ne me traiteraient pas ainsi : ils auraient essayé de me parler », et « On m'a passé les menottes. J'avais des bleus à mon retour à la maison. L'expérience était traumatisante. » Une autre personne a déclaré : « On m'a traité comme si j'étais un criminel – comme si j'avais commis un acte criminel. Ils sont venus me chercher pour me mettre derrière les barreaux. C'est l'impression que j'ai eue. » Les participants ont exprimé leur frustration à l'égard de l'approche de la police, qui crée un environnement dépourvu de décence, de discrétion et de respect de la vie privée. Un participant de la communauté africaine, caribéenne et noire a déclaré ce qui suit : « La police est venue; on aurait dit une scène de crime. La police a fait beaucoup d'éclat. J'étais collé contre un mur, complètement effrayé. »

En décrivant leurs expériences négatives par rapport à la police, les participants qui habitent dans un logement abordable ou un logement social ont mentionné l'envenimement de la situation, le recours à la force excessive (p. ex. menottes, violence physique), les menaces, l'intervention de nombreux agents de police sur les lieux, l'utilisation inutile des armes et la discrimination en fonction du quartier (p. ex. le parc Dundonald), du casier judiciaire, de la consommation de drogues et des problèmes de santé mentale.

Les membres de la communauté n'étaient pas les seuls à critiquer l'approche de la police. Les fournisseurs de services ont également mentionné qu'ils hésitent à appeler la police, car cette dernière a tendance à « s'imposer », ce qui entraîne une perte de confiance à la fois chez la personne en situation de crise et le fournisseur de services. Par exemple, au moment d'intervenir à la suite d'un appel de détresse concernant la santé mentale ou la consommation de substances, la police a tendance à prendre la situation en main, sans égard au personnel communautaire qui est en train de fournir de l'aide au client en situation de crise. Un membre du personnel de première ligne a déclaré ce qui suit : « Lorsque la police vient chercher un enfant en situation de crise, nous essayons de défendre les intérêts de l'enfant parce qu'il nous fait confiance, mais la police refuse de collaborer avec nous. » Un premier intervenant a ajouté ce qui suit : « Il est difficile de prendre soin de patients ou de clients à la suite d'une interaction avec la police, car ils sont stressés et effrayés. » Il est alors plus difficile d'établir un rapport avec eux. » Un fournisseur de services a mentionné qu'il « ne fait aucun doute que personne n'a pris le temps d'écouter les [clients] ou de bien les écouter. »

### **Les gens ont une expérience mitigée en ce qui concerne l'utilisation des services téléphoniques d'urgence.**

Les sentiments sont partagés en ce qui concerne les services téléphoniques d'urgence. Certains affirment qu'on les a écoutés avec empathie et qu'ils ont été aiguillés vers d'autres services.

De nombreux participants ont vécu des expériences positives par rapport aux services téléphoniques d'urgence parce que les soignants ont été en mesure de calmer et de désamorcer la situation de crise grâce à des paroles réconfortantes, à la validation des sentiments, à l'écoute active et à la fourniture de ressources et de mécanismes d'adaptation qui ont permis aux appelants de gérer la crise en cours. Un participant a déclaré ce qui suit : « Une personne s'est contentée de m'écouter, ce que j'ai apprécié. »

Si certains participants ont vécu des expériences positives à l'égard des services téléphoniques d'urgence, d'autres ont néanmoins déclaré qu'ils n'appellent plus ces derniers en raison des délais qui ne font qu'exacerber leur situation. Certains participants ont fait savoir que les lignes de crise étaient trop scénarisées et que « [I]es gens qui se servaient de ces lignes de crise avaient l'impression d'être diminués et d'être dans une situation pire qu'où elles en étaient quand elles avaient appelé. C'est comme un aide-mémoire. » Par exemple, un participant a indiqué qu'il s'est senti rejeté parce qu'on lui a dit de « lire un livre et de rappeler. » Il a ajouté que le service téléphonique d'urgence n'avait pas assuré de suivi et qu'il n'avait pas communiqué avec le service par la suite. D'autres participants ont mentionné un manque de sensibilisation à la culture ainsi que des barrières linguistiques.

### **Les gens sont traités de façon raciste.**

Les consultations auprès de groupes de discussion, les entrevues et les sondages menés dans le cadre du présent projet ont révélé des incohérences dans les expériences des gens qui font appel à différents services. Environ les deux tiers des répondants au sondage en ligne réalisé auprès des résidents d'Ottawa se disaient plutôt satisfaits ou très satisfaits du service assuré par les premiers intervenants (soit la police, les paramédics, le personnel du service

d'urgence à l'hôpital et le personnel des services téléphoniques d'urgence). Il convient de noter que la plupart des répondants au sondage en ligne se sont déclarés comme des personnes de race blanche (76%). Cela ne cadre pas avec ce qui nous a été communiqué lors des consultations auprès de groupes de discussion et des entrevues, auxquelles ont participé, dans l'ensemble, un plus grand nombre de personnes issues de groupes racisés et de personnes noires que de personnes blanches. Les consultations auprès de groupes de discussion et les entrevues ont révélé une plus grande proportion d'expériences négatives, en particulier avec la police, que les réponses au sondage en ligne mené auprès de la communauté. Tout cela indique que les expériences des personnes en matière de soins pour la santé mentale et la consommation de substances varient selon la race et que les Blancs vivent un plus grand nombre d'expériences positives à l'égard de la police et des autres premiers intervenants que les Noirs et les personnes racisées.

Ces constatations cadrent avec une étude publiée en 2022 dans la revue PubMed Central, selon laquelle non seulement les personnes noires du Canada sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale et d'avoir plus de difficulté à accéder aux services de santé mentale que les personnes blanches, mais les personnes racisées sont plus victimes de discrimination et de stigmatisation par rapport à la maladie mentale que leurs homologues blancs<sup>21</sup>. En ce qui concerne les Autochtones, un rapport de la Colombie-Britannique a établi que 84 % des Autochtones ont fait état d'expériences personnelles de racisme et de discrimination qui les ont dissuadés de chercher à obtenir des soins de santé nécessaires, ce qui a eu une incidence négative sur leur santé<sup>22</sup>. De même, la Commission de la santé mentale du Canada a constaté que 38,3 % des Canadiens noirs souffrant de problèmes de santé mentale s'étaient tournés vers des services de santé mentale entre 2001 et 2014, par opposition à 50,8 % des Canadiens blancs. Un rapport publié par la Commission en 2021 a également révélé que le racisme et la discrimination peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé mentale et que le racisme constitue un obstacle à l'accès aux services de santé mentale pour plusieurs personnes racisées au Canada<sup>23</sup>.

21. Bukola Salami, Benjamin Denga, Robyn Taylor, Nife Ajayi, Margot Jackson, Msgana Asefaw et Jordana Salma, « Recherche qualitative originale – L'accès des jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 41, no 9, 2021, p. 245-253. Accès : <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.01f>

22. Manal Sayid, *Mental Health and Substance Use Crisis Response Systems – A Review of the Literature*, 2023, p. 1-12.

23. *Braquer la lumière sur la santé mentale dans les communautés noires*, Commission de la santé mentale du Canada, 2021, p. 1-4. Accès : <https://commissionsantementale.ca/resource/braquer-la-lumiere-sur-la-sante-mentale-dans-les-communaut-es-noires/>

Dans nos travaux de recherche, les participants blancs qui ont eu vécu des expériences positives à l'égard de la police ont décrit les policiers comme étant gentils, compatissants et empathiques. Certains ont indiqué avoir été aiguillés vers d'autres services par un policier. Les participants en question ont également déclaré qu'ils continueraient de faire appel à la police à l'avenir. Un participant a mentionné ce qui suit : « Mon fils est devenu très violent en raison de sa dépendance, et la police a su nous protéger. » Un autre participant s'est dit reconnaissant, affirmant ce qui suit : « Merci à la police de [m'avoir] aidé à trouver de l'aide. » Un autre participant, en décrivant le dévouement exceptionnel dont fait preuve le Service de police, a déclaré ce qui suit : « La police m'a aidé à habiller mon épouse lorsqu'elle se trouvait sans vêtements. » Finalement, un participant a mentionné ce qui suit : « La police fait un excellent travail au sein de la communauté, mais cela dépend parfois de la personne avec qui l'on traite. »

Le racisme et la discrimination empêchent les systèmes de soins pour la santé mentale et la consommation de substances d'atteindre l'équité raciale<sup>24</sup>. La présente étude démontre que les inégalités raciales nuisent à l'accès aux services en matière de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa par les personnes africaines, caribéennes et noires ainsi que par d'autres personnes racisées, en plus de nuire à l'expérience que vivent ces personnes qui accèdent à ces services. Les participants racisés, africains, caribéens et noirs ont indiqué avoir été victimes de racisme manifeste ou subtil au moment d'accéder aux services. Le racisme en question s'est présenté autant sous la forme de microagressions que de violence ou d'un manque de soins adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes.

« La police fait un excellent travail au sein de la communauté, mais cela dépend parfois de la personne avec qui l'on traite. »

Selon un participant, « des obstacles surgissent quand on appelle pour demander de l'aide », ajoutant que « les appels passés au 9-1-1 marquent le début des obstacles systémiques qu'il faut surmonter. » Par exemple, un participant a déclaré ce qui suit : « [L]es services ambulanciers et les hôpitaux mettent tout en œuvre pour ne pas conduire les patients à l'hôpital. Ils affirment que vous n'êtes pas assez malade pour aller à l'hôpital. » Un autre participant a ajouté ce qui suit : « [L]'attitude et les expériences sont tellement différentes. C'est du racisme abstrait et discret. On relativise les conditions et on applique les politiques. On nous cache les réalités. » Certains participants qui ont accusé de racisme les fournisseurs de services ont eu l'impression qu'on faisait peu état d'eux lorsqu'on leur a dit qu'ils « s'imaginaient » avoir été victimes de racisme ou qu'il s'agissait d'un incident isolé, même s'ils ont vécu des incidents semblables à maintes reprises. Ces commentaires cadrent avec le rapport de la Commission de la santé mentale du Canada publié en 2021 qui soutient que le racisme est une entrave à l'accès aux soins de santé mentale pour plusieurs personnes racisées au Canada .<sup>25</sup>

« Ils ont l'air menaçants. On ne se sent pas sur un pied d'égalité, ni en sécurité. Dès qu'ils arrivent sur les lieux, il est tout de suite évident qu'il y a un déséquilibre du pouvoir. C'est effrayant et c'est ce qu'il y a de pire pour quelqu'un qui est en situation de crise. »

24. Sayid, « Review of the Literature », p. 1-12.

25. Commission de la santé mentale du Canada, p. 1.

Un de nos participants a souligné ce qui suit : « Le fait que je suis Noir a eu une incidence sur toutes les expériences que j'ai eues avec le système de soins de santé mentale. » Les expériences discriminatoires ont été citées comme des barrières à l'accès aux services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Les participants concernés ont l'impression qu'ils n'obtiendront jamais des soins appropriés et bien administrés, et la plupart d'entre eux sont réticents à demander de l'aide. Les recherches montrent que les personnes racisées au Canada ont moins tendance à accéder volontairement à des services de santé mentale que les Blancs<sup>26</sup>. Les résultats de recherche concernant l'utilisation des services par les Canadiens noirs ont été repris dans nos entrevues et nos consultations auprès de groupes de discussion tenues auprès de personnes africaines, caribéennes et noires et de personnes racisées. Les participants en question nous ont fait part de leur réticence à demander de l'aide en cas de crise en raison d'expériences négatives, y compris les expériences qui leur ont donné l'impression qu'on faisait fi de leurs préoccupations.

Les participants aux entrevues et aux consultations auprès de groupes de discussion font plus confiance aux membres de la communauté, aux chefs religieux, à la famille et aux amis qu'aux premiers intervenants. Les expériences des personnes qui n'ont eu nul autre choix que d'avoir recours au système de soin de santé se sont avérées généralement négatives et ont comporté des cas de racisme et de discrimination. Souvent, les interactions plutôt positives impliquaient la présence d'un pair ou d'un défenseur ou l'obtention de soins ou de soutien de la part d'un professionnel noir ou membre d'un groupe racisé. Une étude qui propose un cadre pour la lutte contre le racisme vient valider ces sentiments en indiquant que les personnes racisées qui ont

accédé à des mécanismes de soutien en santé mentale au Canada ont plus tendance à vivre des expériences négatives et, plus particulièrement, à indiquer que l'on n'a pas tenu compte de leurs expériences de discrimination fondée sur la race, et ce, surtout s'ils reçoivent des soins en santé mentale<sup>27</sup>.

De plus, les participants ont cité le manque de diversité du personnel des services de santé mentale et de consommations de substances comme obstacles à l'accès aux soins adaptés à la culture. Un participant a déclaré ce qui suit : « Souvent, on dit que les Noirs n'accèdent pas aux services, mais la plupart des fournisseurs de services ne nous ressemblent pas, donc il faut du temps pour établir un rapport. » Une étude publiée dans le Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent soutient que l'accès aux soins pour les jeunes personnes racisées au Canada et le manque de diversité au sein des équipes de soins de santé présentent toujours un défi, et recommande que l'accroissement de la diversité des fournisseurs, particulièrement l'augmentation du nombre de fournisseurs de soins de santé mentale noirs et autochtones, soit considéré comme une priorité pour la santé mentale des enfants au Canada.

### **Les gens sont stigmatisés.**

De nombreux participants ont indiqué avoir été victimes de stigmatisation par des fournisseurs de services, surtout s'ils souffraient d'une maladie mentale grave, avaient des troubles liés à la consommation de substances ou étaient des personnes de la rue. D'autres ont déclaré que la stigmatisation au sein de leur propre famille et de leur culture faisait en sorte qu'il était difficile d'obtenir l'aide nécessaire. Un participant racisé a déclaré que son « ami ne voulait pas impliquer qui que ce soit d'autre en raison de la stigmatisation et du fait que cela infligerait de la honte à sa famille. Cette personne

26. Amy Gajaria, Jaswant Guzder et Raj Rasasingham, « What's Race Got to Do with It? A Proposed Framework to Address Racism's Impacts on Child and Adolescent Mental Health in Canada », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, no 2, 2021, p. 131-137.

27. Gajaria, p. 131-137.

habite un immeuble avec d'autres réfugiés et s'inquiétait du fait que les voisins se mettraient à parler ». Un autre participant a ajouté que, « dans certaines communautés, la santé mentale et la consommation de substances sont des sujets tabous ».

La Commission de la santé mentale du Canada rapporte que la stigmatisation à l'égard des processus a une incidence sur chacun des niveaux de la conception et de la prestation de soins de santé mentale et de consommation de substances et, par conséquent, sur tous les aspects organisationnels, notamment sur les plans personnel, interpersonnel, structurel et institutionnel<sup>28</sup>. Les participants nous ont fait part de cas où ils ont été transportés à l'hôpital, et où l'environnement n'était pas propice à des soins de qualité. Dans la plupart des cas, on a laissé le patient dans la salle d'attente principale du service d'urgence au lieu d'un espace calme. On nous a dit que le service d'urgence pour la santé mentale rendait mal à l'aise et qu'il n'est pas accueillant. D'autres ont mentionné des interventions qui humilient, dénigrent et contrôlent, et qui ont recours à des approches punitives telles que l'isolement et la contention ainsi que le dénigrement verbal. Une personne a relaté ce qui suit : « Quand j'étais à l'hôpital, l'une de mes médecins m'a dit que j'étais stupide et m'a fait passer une épreuve de QI. J'ai eu une bonne note, et la médecin ne s'est même pas excusée. » Une autre personne a ajouté ce qui suit : « On dirait qu'on ne vous prend pas au sérieux, surtout quand vous souffrez du trouble de la personnalité limite. » L'intersectionnalité et les diagnostics doubles aggravent la stigmatisation dans les cas de maladie mentale et de consommation de substances. Une personne a indiqué que les personnes qui consomment des substances et souffrent d'une maladie mentale sont victimes de stigmatisation.



28. Stephanie Knaak, Jamie Livingston, Heather Stuart et Thomas Ungar, Combating Mental Illness and Substance Use-Related Structural Stigma in Health Care: A Framework for Action, Commission de la santé mentale du Canada, 2021, p. 1-15. Accès : <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Combating-Mental-Illness-and-Substance-Use-Related-Structural-Stigma-in-Health-Care.pdf>



Elle a d'ailleurs mentionné ce qui suit : « Je ne suis pas à l'aise de mentionner à mon psychiatre que je consomme du cannabis pour m'aider à dormir, même si je suis son patient depuis 26 ans. » Une autre personne a indiqué ce qui suit : « La première psychiatre que j'ai consultée était désagréable et brusque. D'après son attitude, les patients comme moi seraient très compliqués et difficiles à gérer. Soit elle parlait de [mon diagnostic], soit elle évoquait [ma race]. Dans un cas comme dans l'autre, c'est discriminatoire. » Un autre participant a mentionné avoir été victime de stigmatisation lorsque le personnel de l'hôpital, en raison d'un diagnostic de trouble lié à la consommation de substances indiqué dans son dossier, l'a traité « comme une personne qui cherchait de la drogue alors [qu'il avait] besoin de médicaments analgésiques pour traiter un problème physique ». Un participant a indiqué avoir reçu un mauvais diagnostic lorsque le personnel du service d'urgence, convaincu qu'il souffrait « simplement d'une crise de panique », a ignoré sa crise d'asthme.

## Des gens subissent d'autres formes de discrimination.

Nos recherches ont révélé qu'il existe plusieurs formes de discrimination au sein du système de santé mentale à Ottawa. De nombreux participants des communautés africaine, caribéenne, noire, francophone, racisée, de la rue, 2SLGBTQ+, des nouveaux arrivants et de divers groupes confessionnels disent faire face à diverses formes de discrimination de la part des premiers intervenants et des fournisseurs de services. Par conséquent, ces participants craignent d'être maltraités ou criminalisés, ce qui les empêche de demander de l'aide. Ils ont notamment subi de la discrimination en fonction de la race, du sexe, de l'âge, d'un diagnostic lié à la santé mentale ou à la consommation de substances, et du statut socioéconomique (figure 3).

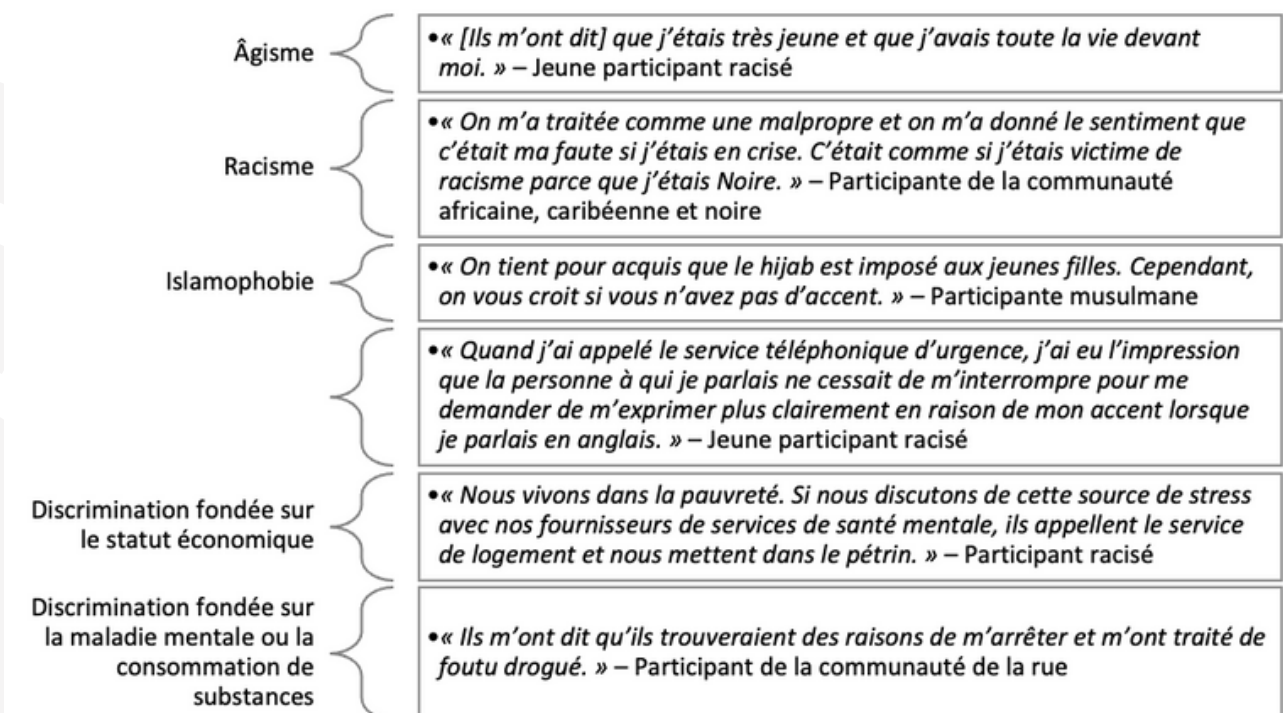
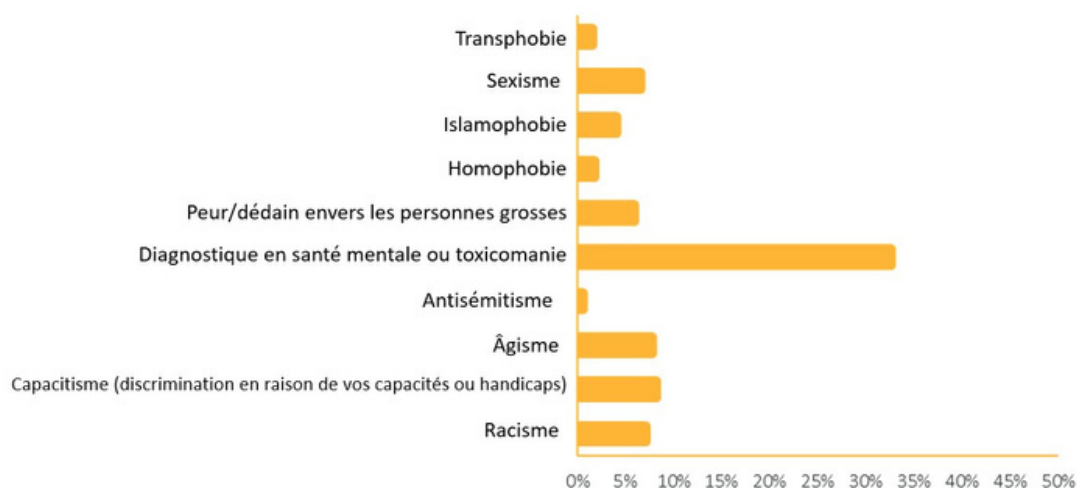


Figure 3. Certaines formes de discrimination (entrevues et consultations auprès de groupes de discussion)

Les résultats du sondage en ligne ci-dessous prouvent le bien-fondé des commentaires obtenus lors des consultations auprès de groupes de discussion et des entrevues concernant la discrimination fondée sur la maladie mentale (en particulier le trouble de la personnalité limite) et les troubles liés à la consommation de substances. Plus du tiers des participants au sondage ont été victimes de cette forme de discrimination (figure 4). Il convient de noter que la majorité des participants au sondage en ligne étaient de race blanche, ce qui explique pourquoi le racisme n'occupe pas une place prépondérante dans les résultats. Toutefois, le sondage indique les types de discrimination auxquels les Blancs sont le plus souvent confrontés, soit la discrimination fondée sur un diagnostic de maladie mentale ou de trouble lié à la consommation de substances. Les Noirs et les autres personnes racisées vivent la discrimination différemment par rapport aux Blancs en raison de la couleur de leur peau, de l'intersectionnalité et des identités multiples. Nous ne saurions donc trop insister sur l'importance d'élaborer une stratégie d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances qui soit équitable et non raciste.



**Figure 4.** Formes de racisme et de discrimination (sondage auprès de la communauté)

Les participants nous ont fait part de leurs sentiments à l'égard de la discrimination fondée sur un diagnostic de maladie mentale ou de trouble lié à la consommation de substances. Une personne a déclaré : « Je souffre d'autisme et les gens n'ont aucune idée de la façon dont parler à des gens comme moi. » Un fournisseur de services a écrit ce qui suit : « L'une de mes clientes a été stigmatisée par les paramédics en raison de ce qui figurait dans son dossier. Cette personne était toxicomane. » Un autre a déclaré ce qui suit : « Dès que vous mentionnez une maladie mentale grave, comme un trouble de stress post-traumatique complexe, on a peur de vous ». Une autre personne a indiqué ce qui suit : « Pendant la discussion, le policier a fait référence au diagnostic de bipolarité de ma fille. J'ai aussi vu les policiers plaisanter entre eux et rouler des yeux. À une autre occasion, on n'a pas pris ma fille au sérieux. J'ai transmis mes préoccupations et mes plaintes à un autre échelon, et on les a repoussées sans aucune validation. »

# 5. Recommandations

## Principes du système d'intervention 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa, qui ressortent de l'ensemble des consultations (groupes de discussion, entrevues et sondages).

Les recommandations visant à améliorer le système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa découlent d'abord et avant tout des commentaires de membres de la communauté et de fournisseurs de services. Les neuf principes décrits ci-dessous se fondent sur les thèmes abordés par les gens et sont intégrés aux recommandations (figure 5). Nous avons fait la synthèse de la documentation et de l'information sur les initiatives en cours dans d'autres municipalités, en vue de valider les résultats. Les recommandations ont également été recoupées avec l'analyse documentaire, l'analyse de l'environnement, les discussions avec d'autres villes et dirigeants d'organismes, et les recherches antérieures communiquées au Conseil d'orientation (p. ex. Repenser la sécurité communautaire à Ottawa, Alternatives for a Safer Ottawa).

### Principes du système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de dépendance aux substances accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à Ottawa



Figure 5. Principes du système d'intervention 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances à Ottawa

## Équité raciale —

### 1. Mettre l'équité raciale au premier plan de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances.

*Un système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances inclusif et accessible doit mettre l'équité raciale au premier plan et fournir des services adaptés à la culture, en assurant la diversité de l'effectif et en fournissant des espaces sécuritaires aux personnes racisées. Il s'agit d'une priorité essentielle étant donné le grand nombre de personnes racisées qui ont vécu des expériences négatives en raison du racisme lors d'une intervention en cas de crise*

#### 1a. Accroître l'accès à un grand nombre de professionnels de la santé mentale de race noire ou issus d'autres groupes racisés.

À Ottawa, il existe déjà des organismes et des programmes comme Counseling on connecte et les services aux familles juives (Jewish Family Services) qui mettent en relation les membres de la communauté africaine, caribéenne et noire avec des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels<sup>29</sup>. En s'appuyant sur ces initiatives, la Ville d'Ottawa doit améliorer l'accès à des professionnels racisés et à des pairs aidants au sein des services de première intervention, des organismes communautaires et des hôpitaux. Des membres de la communauté et des experts en la matière ont souligné l'importance d'avoir recours à des professionnels diversifiés pour s'assurer que les gens se sentent à l'aise et en sécurité lorsqu'ils accèdent aux services<sup>30</sup>. Le recrutement ciblé de professionnels de la santé mentale et de pairs aidants membres de la communauté africaine, caribéenne et noire et d'autres communautés racisées devrait également être une priorité pour tous les services qui participent à l'intervention en cas

de crise et au suivi après une crise. Cela fait écho à un rapport publié par Vivic Research<sup>31</sup> selon lequel les équipes de premiers intervenants en cas de crise de santé mentale devraient être composées de membres de groupes racisés, en particulier des personnes noires et autochtones ayant une expérience concrète, actuelle ou passée, des problèmes de santé mentale, de l'itinérance et de la consommation de substances, entre autres choses<sup>32</sup>.

« Nous avons besoin de travailleurs et de travailleuses noires dans les hôpitaux. »

#### 1b. Accroître le nombre d'espaces sécuritaires pour les personnes africaines, caribéennes et noires et les membres d'autres groupes racisés.

La Ville d'Ottawa doit investir dans la création d'endroits plus sécuritaires officiels et non officiels pour les personnes racisées, afin d'aider ces dernières à trouver des solutions aux défis et aux expériences qui leur sont propres. Selon certains membres de la communauté qui ont participé aux consultations en groupe de discussion et aux entrevues, l'équité raciale serait plus facile à atteindre s'il y avait un plus grand nombre de lieux et de personnes qui reconnaissent et comprennent la réalité d'une personne racisée vivant une crise de santé mentale ou de consommation de substances. La compétence culturelle ainsi que la validation de l'incidence du racisme et de la discrimination systémiques sur la santé mentale des personnes racisées sont des composantes essentielles de cette approche qui contribue à l'établissement de relations positives avec les membres de la communauté. L'intégration de l'approche en question doit se faire non seulement au sein des programmes de santé mentale, mais aussi dans les lieux récréatifs, religieux ou sociaux visant la communauté africaine, caribéenne et noire et d'autres communautés racisées.

29. Veuillez consulter le site Web de la [Ottawa Black Mental Health Coalition](#) pour trouver des ressources de soutien.

30. Gloria Ukwu, « Study Expert Qualitative Interview Analysis and Notes », 2023, p. 1-22.

31. Voir le tableau 10 pour un résumé du rapport.

32. Vivic Research, Alternatives for a Safer Ottawa: Non-Police Mental Health Crisis Response Report, juin 2021, p. 16-2. Accès : <https://vivicaresearch.ca/work/non-police-mental-health-crisis-response-for-the-city-of-ottawa>

### **1c. Créer des centres d'intervention en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances destinés expressément aux membres des communautés africaine, caribéenne et noire, y compris la communauté somalienne et les personnes noires francophones.**

Certaines communautés ont indiqué qu'un centre d'intervention en santé mentale et en consommation de substances capable d'intervenir en tout temps et de fournir des services de soutien globaux serait le mieux placé pour satisfaire à leurs besoins. La communauté somalienne et la communauté africaine, caribéenne et noire francophone ont toutes deux indiqué qu'elles souhaiteraient avoir leur propre centre, où les gens pourraient se présenter en personne pour obtenir du soutien. Il existe déjà des organismes communautaires qui travaillent efficacement avec ces groupes, comme le Centre somalien pour les services à la famille et Résilience active des familles immigrantes en Ontario (RAFIO). La Ville d'Ottawa doit créer de nouveaux centres pour ces populations en collaborant avec ces organismes et d'autres d'une manière pouvant satisfaire aux besoins de leurs communautés respectives.

« Nous avons besoin de personnes qui comprennent notre réalité et nos traumatismes. Même si une personne blanche a un grand cœur et est gentille, je préfère parler à une personne qui comprend ma réalité et qui a vécu des choses semblables. »

### **1d. Concevoir des services adaptés à la culture.**

Les approches, les protocoles et la conception des services doivent être adaptés à la culture. Par « adaptés à la culture », nous entendons que « les systèmes de prestation de services doivent répondre aux besoins de la communauté desservie, tels qu'ils sont définis par la communauté et justifiés par les activités d'évaluation des besoins, les efforts visant à renforcer les capacités, les politiques, la mise en œuvre de stratégies et de pratiques préventives, la mise en œuvre de programmes, l'évaluation, et les activités d'amélioration de la qualité et de durabilité »<sup>33</sup>. Les organismes d'Ottawa doivent mobiliser de manière significative les membres de communautés culturelles précises ayant une expérience concrète, actuelle ou passée, en vue d'obtenir de la rétroaction et des commentaires au sujet des services auxquels ils ont recours.

« Nous avons besoin de personnes qui comprennent notre réalité et nos traumatismes. Même si une personne blanche a un grand cœur et est gentille, je préfère parler à une personne qui comprend ma réalité et qui a vécu des choses semblables. »

33. "Culturally Appropriate Definition," Law Insider, n.d., <https://www.lawinsider.com/dictionary/culturally-appropriate>.

## **1e. Apporter des changements aux politiques, aux processus et aux procédures organisationnels pour lutter contre le racisme.**

Les organismes qui fournissent des services d'intervention en cas de crise doivent mieux comprendre les préoccupations fondées sur l'expérience des personnes africaines, caribéennes et noires et d'autres personnes racisées à l'égard de leurs services, puis remédier à ces préoccupations en apportant des changements aux politiques et aux programmes qui préviendront de nouveaux cas de racisme et de discrimination<sup>34</sup>. De nombreux organismes ont entrepris des audits de leurs procédures et protocoles opérationnels et ont communiqué avec des personnes racisées pour mieux comprendre leurs préoccupations et leurs expériences. Idéalement, ces pratiques permettront de s'assurer que les fournisseurs de services liés à la santé mentale et à la consommation de substances, s'ils sont conscients de leurs propres préjugés, pourront réduire le racisme et la discrimination, et se donner les moyens de réagir en cas de racisme et de discrimination.

## **1f. Améliorer les déterminants sociaux de la santé chez les populations racisées.**

Il faut se pencher davantage sur les inégalités raciales qui sont liées aux déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, le niveau d'éducation, l'exclusion sociale et la sécurité alimentaire. Ces déterminants ont une incidence importante sur la santé mentale, et les communautés racisées sont touchées de manière disproportionnée. Il faut corriger les faiblesses. Plusieurs organismes communautaires à l'échelle d'Ottawa fournissent du soutien aux gens en répondant à leurs besoins fondamentaux (p. ex. banques alimentaires, logement). Les services d'intervention en cas de crise d'Ottawa devraient aider toutes les personnes, y

compris celles issues de communautés racisées, à trouver des guides en mesure de les aider à obtenir un logement, de la nourriture, un emploi et des soins en matière de santé mentale et de consommation de substances. De plus, ces organismes fournisseurs de services doivent, s'il y a lieu, adopter des cadres d'évaluation ayant comme objectif l'atteinte de l'équité raciale en matière de déterminants sociaux de la santé. Cette mesure aidera les organismes à assumer davantage la responsabilité des résultats de leurs objectifs en matière d'équité raciale et à mieux déterminer les lacunes des services fournis. Par exemple, le service d'intervention en cas de crise de la Ville de Toronto (Toronto Community Crisis Service) a intégré l'amélioration des déterminants sociaux de la santé comme composante de son projet pilote visant à aider les gens à obtenir des services sociaux.

## **Populations particulières**

### **2. Mettre l'équité au cœur de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances pour certaines communautés précises**

*Un système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances inclusif et accessible doit accorder la priorité à l'équité et à l'inclusion de communautés particulières, comme les personnes en situation d'itinérance, les personnes de la rue et les personnes qui habitent dans les régions rurales.*

### **2a. Accroître le nombre d'espaces plus sécuritaires destinés aux membres de la communauté des personnes de la rue et aux personnes en situation d'itinérance.**

La Ville d'Ottawa doit accroître le nombre de lieux plus sécuritaires pour les personnes de la

<sup>34</sup>. Dismantling Anti-Black Racism: A Strategy of Fair and Just CAMH, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 10 février 2021, p. 1-28. Accès : <https://www.camh.ca/-/media/files/camh-dismantling-anti-black-racism-pdf.pdf>



personnes en situation d'itinérance, afin que ces dernières puissent accéder à des services et à des programmes qui les traitent avec dignité, compassion et respect. Ces personnes bénéficient des efforts déployés par des services comme l'équipe du traitement communautaire dynamique (TCD), les programmes d'Ottawa Inner City Health, Opération rentrer au foyer, la fourgonnette STORM de travail de rue mobile de Minwaashin Lodge, la fourgonnette de l'Armée du salut, Streetsmarts, le soutien par les pairs du Centre de santé communautaire Somerset-Ouest et le Centre de ressources communautaires de la Basse-ville, entre autres. Des investissements sont nécessaires pour créer des lieux plus sécuritaires axés sur la réduction des méfaits, auxquels les personnes peuvent accéder pendant le jour, en particulier dans le centre-ville d'Ottawa. Des lieux officiels sont nécessaires pour gagner la confiance d'autres membres de la communauté et pour fournir des espaces plus sécuritaires où discuter des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Il est également important de fournir des services globaux dans des lieux non officiels afin de permettre un aiguillage immédiat vers un service lié en santé mentale et consommation de substances. Il faut plus de programmes de soutien pour les jeunes de la rue, y compris des programmes visant à fournir du logement, des repas chauds et des lits de désintoxication.

## **2b. Créer de nouveaux services et élargir les services existants offerts aux résidents des zones rurales.**

Le manque de ressources et de services dans les communautés rurales constitue un obstacle important à l'obtention de services en matière de santé mentale et de consommation de substances, y compris des services d'intervention en cas de crise. Il convient d'élaborer de nouvelles approches en matière d'intervention en cas de crise pour les communautés rurales, ce qui pourrait comprendre :

- la création et l'élargissement de centres locaux pour fournir des services aux personnes en situation de crise de santé mentale et de consommation de substances, de sorte que ces personnes n'aient pas à se déplacer trop loin pour obtenir du soutien;
- une équipe d'intervention mobile multidisciplinaire en milieu rural;
- le renforcement des partenariats entre les services communautaires ruraux et les centres de santé et organismes de santé du noyau urbain;
- le prolongement des heures d'ouverture du système d'intervention en cas de crise visant les jeunes, de sorte qu'il soit accessible en tout temps, et l'intégration de modes de communication comme les médias sociaux, le clavardage et les lignes de communication par messages textes.

## Collaboration, communication et coordination

### 3. Renforcer la collaboration, la communication et la coordination dans l'ensemble du système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances d'Ottawa.

*Une intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances efficace et accessible en tout temps, qui permet de sauver des vies et d'économiser de l'argent, nécessite l'adoption d'une approche systémique. Les partenaires doivent collaborer à l'échelle systémique, tandis que les fournisseurs de services doivent collaborer entre eux pour coordonner les services.*

#### 3a. Créer une approche de type « aucune mauvaise voie d'accès aux services d'intervention en cas de crise ».

Les résidents d'Ottawa doivent avoir accès à une gamme de services en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances qui donnent un sentiment de sécurité et comblent les besoins précis de chaque personne, peu importe sa race, son sexe, son revenu, le quartier où elle habite ou ses autres facteurs d'identité. L'approche « aucune mauvaise voie d'accès » fournit un soutien approprié et immédiat, peu importe la façon dont les gens accèdent aux services. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis (administration des services en matière de santé mentale et de consommation de substances) la recommande à titre de pratique exemplaire.

À Toronto, on a adopté l'approche « aucune mauvaise voie d'accès » avec succès dans le cadre du projet pilote du Toronto Community Crisis Service. Le Toronto Community Crisis Service compte trois principaux points

d'entrée, soit le 9-1-1, le 2-1-1 et l'accès direct par l'intermédiaire de l'un ou l'autre des quatre partenaires communautaires pilotes, c'est à dire « dans la communauté ». Les appels non urgents au 9-1-1 concernant la santé mentale et la consommation de substances sont transférés au Toronto Community Crisis Service. Le Toronto Community Crisis Service procède à une évaluation du cas, puis peut décider d'acheminer l'appel à un intervenant communautaire en cas de crise situé près de l'appelant qui, à son tour, fournit un soutien par téléphone. L'appel peut aussi être transféré à une équipe du 2-1-1 spécialisée en soins de santé mentale, qui peut soit dépêcher une équipe mobile d'intervention en cas de crise qui assure des services en personne, soit fournir des renseignements et aiguiller la personne vers un professionnel<sup>35</sup>. Les équipes mobiles d'intervention en cas de crise peuvent également venir en aide aux personnes en crise qu'elles croisent dans la communauté.

Ce type d'approche nécessite une collaboration et une coordination plus étroites entre les organismes partenaires dans l'ensemble du système d'intervention en cas de crise d'Ottawa. La Ville de Toronto et la Ville de Calgary ont toutes deux adopté une approche collaborative et coordonnée au chapitre de la prestation de services d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Le projet pilote du Toronto Community Crisis Service s'associe à quatre organismes communautaires qui fournissent déjà des services sociaux et de santé à des populations particulières, ainsi qu'à un partenaire qui s'occupera de l'accueil et de la répartition pour aider les gens à accéder aux services dont ils ont besoin<sup>36</sup>. Pour tenter de rendre le système d'intervention en cas de crise plus accessible, la Ville de Calgary a notamment établi et maintenu des partenariats avec des organismes à but non lucratif, des réseaux de soins de santé primaires et le gouvernement provincial pour « améliorer l'accès aux programmes et aux services et en accroître la convivialité »<sup>37</sup>.

35. Lins, "Alternate Response to Mental Health Crises," 1.

36. Ville de Toronto, Re-imagining Toronto's Mental Health Response, février 2021. Accès : <https://www.toronto.ca/community-people/public-safety-alerts/community-safety-programs/toronto-community-crisis-service/>

37. Ville de Calgary, Calgary Mental Health and Addiction Community Strategy and Action Plan 2021-2023, ville de Calgary, p. 24.



La plupart des participants aux groupes de discussion et aux entrevues ont déclaré qu'ils préféreraient appeler un numéro autre que le 9-1-1 pour accéder à des services d'intervention en cas de crise, par crainte d'une intervention policière. Cependant, ce sentiment n'est pas universel. Il est donc important d'offrir plus d'une façon d'obtenir de l'aide, notamment un nouveau numéro de téléphone à signaler en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances, le 9-1-1, le 2-1-1, le 3-1-1, des services téléphoniques d'urgence et la communication directe avec des organismes communautaires par téléphone, par texto ou en personne. À Ottawa, l'adoption d'une approche « aucune mauvaise voie d'accès » nécessitera une coordination plus étroite entre les organismes qui reçoivent les appels, y compris les lignes 9-1-1 reliées aux services de police et de paramédics, les services téléphoniques d'urgence existants et un nouveau service téléphonique ou de messagerie texte, ainsi qu'avec des organismes communautaires en mesure de fournir des services.

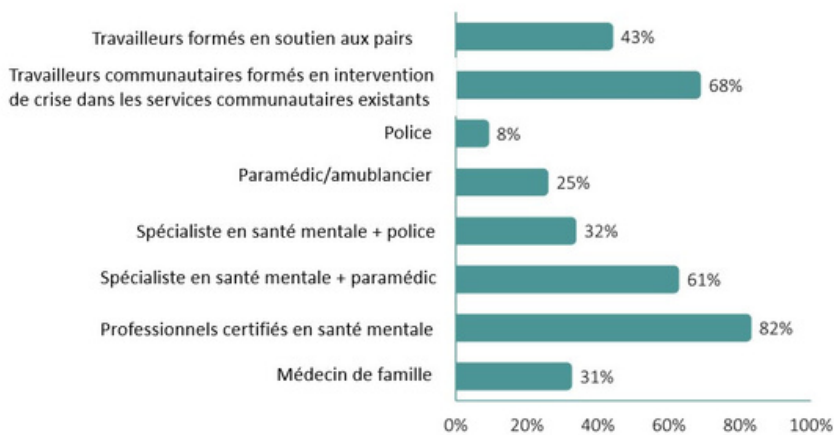
### **3b. Élaborer et mettre en œuvre un modèle d'intervention en cas de crise fondé sur la communauté.**

La Ville d'Ottawa doit élaborer et mettre en œuvre un modèle d'intervention en cas de crise fondé sur la communauté, dans lequel le personnel de travail de rue, les intervenants en santé mentale et les pairs aidants composent la première ligne d'intervention pour tous les cas de crise de santé mentale et de consommation de substances sans caractère violent ou criminel. Un système d'intervention en cas de crise coordonné, fondé sur la communauté et sur l'élargissement des services actuels et la création de nouveaux services et programmes adaptés à la culture, tenant compte des traumatismes, saura mieux satisfaire les besoins des résidents d'Ottawa. En cas de crise, les gens pourront communiquer avec des professionnels de la

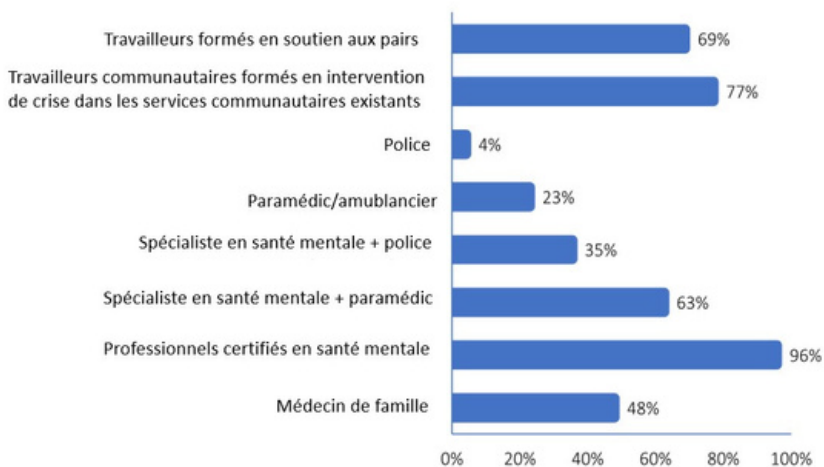
santé mentale, de la dépendance et de la consommation de substances (comme des travailleurs sociaux, des infirmiers, des chargés de cas, des psychiatres et des psychologues) et avec des pairs qui les soutiendront selon une approche compatissante, adaptée à la culture, axée sur la personne et tenant compte des traumatismes. Lorsqu'ils sont en situation de crise, les membres de la communauté sont ouverts à la présence et au soutien de professionnels de la santé mentale ou d'intervenants communautaires formés. Près de la moitié des membres de la communauté interrogés ont indiqué qu'ils aimeraient que des pairs aidants participent aux interventions en cas de crise (figure 6), tandis que les trois quarts des fournisseurs de services interrogés étaient du même avis (figure 7).

De nombreux organismes communautaires offrent déjà des services en matière de santé mentale et de consommation de substances compatissants et adaptés à la personne et à la culture, y compris des services d'intervention en cas de crise. Le fait d'élargir ces services en prolongeant les heures de service et en ajoutant du personnel contribuera à créer un système d'intervention en cas de crise solide pour les résidents d'Ottawa. La littérature permet également de constater que l'approche axée sur la communauté favorise l'accès individuel aux services et aux traitements en santé mentale, ainsi que la sensibilisation des familles à la santé mentale<sup>38</sup>. Pour apporter des changements au système d'intervention en cas de crise, il est primordial de s'appuyer sur cette infrastructure pour fournir une intervention en cas de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et intégrée aux services communautaires, afin d'assurer un soutien continu et un transfert des soins chaleureux.

38. Sayid, "Review of the Literature," 1-12.



**Figure 6.** Dans le cadre d'un nouveau modèle, si vous ou un membre de votre famille viviez une crise de santé mentale ou de consommation de substances, quels seraient les services auxquels vous souhaiteriez avoir accès? (Sondage auprès de la communauté)



**Figure 7.** Dans le cadre d'un nouveau modèle, si vous deviez fournir de l'aide à une personne en situation de crise de santé mentale ou de consommation de substances, quels seraient les services auxquels vous souhaiteriez qu'elle ait accès? (Sondage auprès des fournisseurs de services)

### 3c. Continuer de soutenir le projet pilote d'intervention collaborative en matière de santé mentale et de mieux-être à Ottawa.

Les résidents d'Ottawa bénéficient déjà du projet pilote en matière de santé mentale et de mieux-être, un modèle collaboratif dans le cadre duquel un travailleur social est associé à un paramédic spécialement formé pour intervenir en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Le modèle a permis de désamorcer des situations de crise sur le terrain et d'éviter de transporter inutilement des patients aux services d'urgence des hôpitaux, où les patients, ainsi que les paramédics et les policiers qui les accompagnent, attendent normalement plusieurs heures avant de voir un médecin. Lors des consultations, les résidents d'Ottawa et les fournisseurs de services nous ont fait part de leur opinion positive à l'égard de l'approche collaborative, et 61 % des répondants du sondage se sont déclarés favorables à la création d'une équipe d'intervention collaborative composée de paramédics et de spécialistes de la santé mentale. Fait à noter, seulement 8 % des participants préfèrent que la police intervienne dans une situation de crise de santé mentale ou de consommation de substances. Les études menées dans différentes administrations montrent qu'une minorité d'appels ont un caractère dangereux ou criminel qui justifierait la présence de la police<sup>39</sup>. Dans l'ensemble,

39. Lins, « Alternate Response to Mental Health Crises ».

il y a de solides arguments en faveur d'un modèle d'intervention collaboratif incluant les paramédics à Ottawa, compte tenu de l'appui du public et des données probantes obtenues auprès d'autres municipalités.

« Lorsque j'étais déprimé au point de penser à me suicider, j'ai appelé une unité d'urgence qui a dépêché une équipe de sauvetage avec un travailleur social. Ils sont arrivés rapidement et m'ont donné l'assurance que tout redeviendrait normal. J'ai réussi à reprendre du mieux depuis. »

### 3d. Coordonner des ressources de suivi efficaces et fournies en temps opportun ainsi que l'aiguillage vers un autre professionnel après une crise.

Un système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances qui fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 assure la transparence des services et la facilité d'accès aux ressources pour tous. La Ville d'Ottawa a besoin d'une approche coordonnée des services de suivi offerts aux clients, aux patients et aux familles dès que possible après une crise. Les lignes directrices de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration en matière de pratiques exemplaires indiquent que les services d'intervention en cas de crise ne devraient pas être considérés comme des ressources autonomes qui fonctionnent indépendamment des services communautaires de santé mentale et des systèmes hospitaliers, mais plutôt comme une partie intégrante d'un continuum de soins coordonné<sup>40</sup>.

Les résidents d'Ottawa ont besoin qu'on leur offre systématiquement des services de suivi rapides et appropriés pour prévenir de nouvelles crises. Des membres de la communauté nous ont fait part d'expériences très variées concernant les ressources offertes et les aiguillages proposés. Certains organismes fournissent leur propre liste de ressources à leurs clients, tandis que d'autres ne fournissent aucun renseignement à l'égard des ressources.

Certaines personnes ont bénéficié d'un suivi rapide et efficace qui leur a permis d'avancer vers la guérison. D'autres ont senti qu'il incombe à eux seuls de prévenir de nouvelles crises. Des participants ont parlé du coût prohibitif des services de soutien psychologique et de mieux-être et de la responsabilité des proches aidants de gérer la maladie mentale ou le trouble lié à la consommation de substances de leurs proches. Des proches aidants ont indiqué qu'il y avait peu de suivi à la suite d'une crise, et certains ont indiqué qu'on leur avait dit de se tourner vers leur médecin de famille pour trouver des ressources. Ceux qui ont communiqué avec des ressources de suivi ont constaté que les listes d'attente étaient longues ou que la portée des services était limitée. Des fournisseurs de services d'Ottawa ont indiqué que les organismes doivent collaborer pour assurer un suivi approprié. Les organismes fournisseurs de services dans l'ensemble du système doivent collaborer et communiquer de façon plus efficace pour assurer la révision constante des listes de ressources, et pour recommander des services et programmes accessibles aux personnes peu de temps après leur crise plutôt que de recommander des services ayant de longues listes d'attente qui peuvent donner lieu à la frustration et au désespoir. En plus de fournir des renseignements, les fournisseurs de services doivent être en mesure de communiquer avec les ressources au nom du client ou du patient.

Voici quelques exemples de choix qui devraient être proposés :

- Un contact téléphonique ou en personne effectué peu de temps après la crise
- Un aiguillage immédiat vers un centre de désintoxication pour ceux qui le souhaitent
- Une mise en relation avec un chargé de cas, un pair aidant ou un membre du personnel de suivi, pour faciliter le recours à des programmes précis liés à la santé mentale et à la consommation de substances

- Un accès à une base commune de données en ligne sur les ressources et les soutiens auxquels les gens peuvent avoir recours après une crise, qui indique également l'adresse, les coordonnées, les coûts et les temps d'attente pour chaque service
- Une aide à l'utilisation d'AccèsSMT.ca, de Counseling on connecte, de 1appel1clic.ca et d'autres navigateurs de services en ligne
- Une mise en relation avec des leaders de la collectivité et des groupes de soutien par les pairs ou des groupes de soutien
- Des renseignements sur les lieux communautaires et confessionnels où une personne peut se présenter
- Des renseignements sur d'autres services sociaux (p. ex. aide financière, aide juridique, logement, hébergement) et un aiguillage vers ceux-ci

Un transfert de soins chaleureux faisant passer un client d'un service à un autre peut contribuer à garantir que le client ou le patient bénéficie d'un suivi et d'un soutien immédiats. Bien entendu, pour que les aiguillages soient fructueux, il faut gérer les temps d'attente et offrir d'autres choix réalistes pour s'assurer que les personnes ne se retrouvent avec peu ou pas de soutien à la suite d'une crise, ce qui présente un risque de nouvelle crise.

### **3e. Améliorer le marketing et les communications concernant les services disponibles.**

Les consultations menées à Ottawa ont révélé que, malgré l'existence de nombreuses autres façons, quoique limitées, de demander une intervention en cas de crise à Ottawa, comme le service téléphonique d'urgence mobile, le Bureau des services à la jeunesse et d'autres services téléphoniques d'urgence, plusieurs membres de la communauté ne les connaissent pas et pensent que la seule façon d'obtenir de l'aide immédiate en cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances est de composer le 9-1-1. Cette situation était particulièrement évidente chez les nouveaux arrivants au Canada. Les organismes fournisseurs de services à Ottawa doivent faire en sorte qu'il soit plus facile pour les gens de savoir quel service appeler en cas de crise. Il faut rendre les ressources plus accessibles. Bien que la plupart des gens aient accès à Internet et à des téléphones cellulaires, une partie non négligeable de la population n'y a pas accès. Les organismes et les institutions d'Ottawa doivent adopter une approche coordonnée en matière de marketing et de communications pour s'assurer que les membres de la communauté et les fournisseurs de services soient au courant des choix. L'évaluation semestrielle du Toronto Community Crisis Service a révélé que, même s'il existait un plan de communications, celui-ci ne répondait pas aux besoins et plusieurs appelants n'étaient pas au courant des changements. Cette situation a été source de frustration tant pour les appelants que pour les personnes responsables de répondre aux appels, car ces dernières ont dû expliquer le projet pilote avant d'intervenir pour régler la crise<sup>41</sup>. Toute modification aux voies d'intervention actuelles en cas de crise devra être bien communiquée à la communauté et aux fournisseurs de services de la ville d'Ottawa.

41. Ville de Toronto, Re-imagining Toronto's Mental Health Response.

## Investissement

### 4. Accroître le financement en vue de soutenir et d'étendre les services déjà offerts par les organismes communautaires.

*Une intervention communautaire en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances efficace et disponible en tout temps a besoin d'investissements. Les partenaires financiers doivent collaborer avec les organismes communautaires pour s'assurer qu'ils disposent des ressources nécessaires pour améliorer leurs interventions en cas de crise.*

#### 4a. Renforcer les services communautaires existants en accroissant leur capacité.

On retrouve déjà à Ottawa des services communautaires capables d'intervenir en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Cependant, s'ils peuvent intervenir en cas de crise, leur financement est insuffisant; ils manquent donc de ressources, leurs heures de service sont limitées et leurs listes d'attente peuvent être longues. Par exemple, bien que le Bureau des services à la jeunesse offre un service téléphonique d'urgence disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, son équipe d'intervention mobile a un horaire de travail limité. Les pénuries de personnel accroissent les délais d'attente et font en sorte qu'il est difficile pour les organismes de fournir des services, ce qui nuit aux clients qui ne bénéficient souvent pas d'un suivi en temps opportun. Les organismes communautaires ont besoin d'embaucher plus de personnel compétent et de prolonger leurs heures de service pour être en mesure de coordonner un service d'intervention communautaire qui fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à l'échelle de la ville.

Dans le cadre d'une intervention liée à la santé mentale et à la toxicomanie, il y a lieu d'étendre les services de soutien en matière

de santé mentale et de consommation de substances à l'échelle de la ville d'Ottawa, y compris dans les zones rurales.

L'investissement dans un tel effort pourrait être rentable et permettre d'économiser des millions de dollars à long terme<sup>42</sup>. Comme l'indique le rapport de 2021 intitulé Repenser la sécurité communautaire à Ottawa, le coût des investissements dans la capacité d'intervention en cas de crise et dans les services globaux comme le travail de rue, les lits sécuritaires, les équipes de traitement communautaire dynamique, la gestion des cas, la réduction des méfaits et les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire dans les zones urbaines et suburbaines d'Ottawa pourrait s'élever à 30 millions de dollars. L'investissement peut soutenir un système d'intervention en cas de crise accessible en tout temps, capable de réduire les coûts d'autres services au fil du temps. Cette logique a été démontrée dans plusieurs villes qui ont mis à l'essai un modèle différent d'intervention en cas de crise, et sa rentabilité au fil du temps est bien documentée<sup>43</sup>. La Ville de Toronto a investi 8,4 millions de dollars pour soutenir quatre organismes communautaires en tant qu'organismes piliers de son projet pilote d'intervention communautaire en cas de crise, qui a fait l'objet d'une évaluation approfondie. Dans le cadre du projet, on a embauché des infirmiers, des cliniciens en santé mentale, des spécialistes en toxicomanie, des pairs aidants et du personnel de soutien<sup>44</sup>.

#### 4b. Étendre les programmes existants.

Les programmes en place à Ottawa, comme le travail de rue (p. ex. l'équipe DOPE menée par des pairs, les haltes-accueils, la réduction des méfaits, les centres de désintoxication, l'approvisionnement plus sécuritaire et les centres de répit), doivent être étendus. Lors des consultations, des membres de la communauté ont fait l'éloge de plusieurs programmes axés sur la personne et tenant compte des traumatismes qui leur ont fourni

42. Sean Meagher, Rethinking Community Safety in Ottawa, Coalition Ottawa, octobre 2021, p. 1-49.

43. SAMHSA, Best Practice Toolkit, p. 19.

44. Report for Action: 2022 Launch of Community Crisis Support Service Pilots and Policing Reform Updates, ville de Toronto, 12 janvier 2022, p. 1-18. Accès : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2022/ex/bgrd/backgroundfile-175060.pdf>

du soutien pendant une crise de santé mentale ou de consommation de substances et après celle-ci. Des fournisseurs de services empathiques et compatissants leur ont fourni les soins dont ils avaient besoin. La Ville d'Ottawa doit étendre les programmes qui ont une incidence positive sur ses résidents.

#### **4c. Mettre en place des programmes de formation du personnel et étendre les programmes existants.**

##### *Formation sur les crises de santé mentale et de consommation de substances*

Le personnel a besoin de formation pour se sentir prêt à réagir de façon efficace aux crises de santé mentale et de consommation de substances. On a découvert, grâce aux groupes de discussion et aux entrevues, que les connaissances, les habiletés et les degrés d'aisance des fournisseurs de services varient énormément. Certains premiers intervenants ont indiqué qu'ils ont dû « apprendre sur le terrain » et qu'ils auraient bénéficié d'une formation plus structurée sur les divers types de maladies mentales, car ils auraient ainsi été capables de reconnaître facilement les symptômes au moment d'intervenir à la suite d'un appel. Des fournisseurs de services ont également indiqué ressentir le besoin de se familiariser davantage avec les lois et les règlements régissant les crises de santé mentale et la façon d'agir conformément à cette législation. Ces connaissances vont de pair avec les compétences en matière de pratiques de première ligne nécessaires pour gérer les crises. À cet égard, une formation sur les techniques de désamorçage, les approches tenant compte des traumatismes et l'écoute active est nécessaire.

##### *Formation sur la lutte contre le racisme*

Il est nécessaire d'offrir une formation sur la lutte contre le racisme au personnel et à la direction des organismes fournisseurs de services pour les aider à comprendre le racisme et la façon de le combattre efficacement.

Grâce à ce type de formation, les gens deviennent plus conscients de leurs propres préjugés et privilèges et obtiennent les outils dont ils ont besoin pour favoriser la prise de mesures et apporter des changements à la façon de fournir des services d'intervention en cas de crise. On peut ainsi éliminer plus facilement les préjugés, les microagressions, les agressions manifestes et même la violence dont tant de personnes africaines, caribéennes, noires et autochtones et autres personnes racisées à Ottawa sont victimes.

##### *Formation sur la lutte contre la stigmatisation*

Il est nécessaire d'offrir une formation sur la lutte contre la stigmatisation pour réduire les attitudes et les idées reçues négatives, parmi le personnel et la direction des fournisseurs de services, au sujet des personnes souffrant de troubles de santé mentale et de troubles liés à la consommation de substances. La réduction de la stigmatisation mène à des expériences et à des résultats plus positifs pour les patients et les clients, en permettant une meilleure compréhension des troubles et en favorisant l'empathie et la compassion.

#### **4d. Investir dans les programmes de soutien par les pairs.**

La Ville d'Ottawa doit tirer parti des programmes de soutien par les pairs existants et accroître les investissements dans ceux-ci. Peu importe s'ils étaient fournisseurs de services ou membres de la communauté, les participants aux groupes de discussion comme les participants aux entrevues ont souligné que le soutien par les pairs était une ressource précieuse, fondée sur la compréhension mutuelle et l'empathie, qui permettait de fournir un soutien aux personnes en situation de crise. Par exemple, au sein de la communauté africaine, caribéenne et noire, le soutien par les pairs occupe une place prépondérante parmi les moyens de fournir des soins compatissants. Les pairs aidants fournissent un soutien émotionnel et de l'aide pratique, en plus de jouer un rôle de défenseur et de donner un espoir qu'on arrivera à se rétablir.

Les recherches montrent que le soutien par les pairs peut améliorer les résultats en matière de santé mentale et de consommation de substances, ainsi que réduire les taux d'hospitalisation et la stigmatisation.

La Ville d'Ottawa doit collaborer avec les programmes d'intervention communautaire et de soutien par les pairs existants pour évaluer divers points d'entrée par lesquels des pairs aidants peuvent être intégrés au système d'intervention en cas de crise d'Ottawa, à titre de ressources principales. Les pairs aidants peuvent également aider les clients et les patients à la suite d'une crise en les aiguillant vers des services communautaires qui répondent aux besoins propres à leur culture, et aux demandes des personnes et des familles auxquels ils fournissent un soutien. Il convient de noter que les pairs aidants doivent eux-mêmes disposer d'un bon soutien pour effectuer un travail efficace, que ce soit durant une crise ou après. Ils ont besoin d'une formation particulière, d'encadrement et de mentorat pour perfectionner leurs compétences et les mettre en application.

“  
Les pairs aidants doivent eux-mêmes disposer d'un bon soutien pour effectuer un travail efficace, que ce soit durant une crise ou après. Ils ont besoin d'une formation particulière, d'encadrement et de mentorat pour perfectionner leurs compétences et les mettre en application.  
”

#### 4e. Fournir un soutien complet au personnel qui intervient en cas de crise.

Les premiers intervenants, les organismes communautaires et les établissements de soins de santé d'Ottawa doivent assurer le soutien du personnel des fournisseurs de services, pour créer une culture de travail positive et prévenir l'épuisement professionnel. Les organismes peuvent améliorer le soutien offert aux employés en s'assurant d'offrir ce qui suit :

- **Sécurité.** Citée comme un soutien important pour les fournisseurs de services dans l'ensemble des lignes directrices et des administrations, la sécurité est la base des soins efficaces en situation de crise<sup>45</sup>. Dans le cadre de l'évaluation de l'équipe mobile d'intervention en cas de crise de santé mentale de l'Hôpital d'Ottawa, on a indiqué que des policiers avaient été affectés à l'équipe pour s'assurer que les travailleurs sociaux se sentent à l'aise et en sécurité pendant une intervention<sup>46</sup>. Lors des consultations, des membres du personnel de plusieurs organismes ont déclaré que la sécurité leur tenait à cœur et qu'ils aimeraient avoir le choix de demander à la police de les accompagner lors d'une intervention. Cependant, les travailleurs de première ligne ont également indiqué qu'ils préféreraient que les policiers « ne s'imposent pas » pendant une intervention, mais plutôt qu'ils « demeurent en retrait » jusqu'à ce que leur intervention soit nécessaire.

45. SAMHSA, Best Practice Toolkit, p. 32.

46. Lins, « Alternate Response to Mental Health Crises », p. 37.

- **Formation appropriée du personnel.** Le programme de formation élaboré conjointement par les organismes communautaires qui participent au projet pilote du Toronto Community Crisis Service s'est avéré un élément favorisant le mieux-être global du personnel autochtone. La formation a également fourni un accès à un aîné et à des médicaments<sup>47</sup>.
- **Débriefage.** Des fournisseurs de services, y compris des premiers intervenants, ont indiqué qu'il était utile de procéder à un débriefage à la suite d'une crise avec leur gestionnaire, un collègue ou une autre personne de soutien. Le débriefage devrait être offert, au besoin, à tout le personnel qui intervient en cas de crise.
- **Accès à du soutien en santé mentale et consommation de substances.** De nombreux fournisseurs de services et premiers intervenants ont une expérience concrète, actuelle ou passée, de la maladie mentale ou de la consommation de substances. Il est important de leur fournir un soutien approprié, de même qu'à l'ensemble du personnel, par l'intermédiaire de programmes d'aide aux employés et à la famille, de l'accès à des services de counseling, etc. L'évaluation du projet pilote d'intervention de la Ville de Toronto a révélé que les membres du personnel ayant une expérience de travail concrète, actuelle ou passée au sein de l'organisme communautaire autochtone se prévalaient des services offerts par l'organisme pour s'occuper de leur propre bien-être mental.



## Stigmatisation

### 5. Remédier à la stigmatisation structurelle qui sévit dans les organismes de premiers intervenants et les établissements de soins de santé.

Si certaines personnes ont indiqué avoir reçu des soins compatissants dans des établissements de soins de santé comme les hôpitaux, plusieurs autres ont connu les effets de la stigmatisation structurelle parce que certaines règles, politiques et pratiques officielles et non officielles entraînent un traitement inéquitable des personnes souffrant de troubles de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation d'une substance<sup>48</sup>. Pour remédier à la stigmatisation structurelle, il faut adopter plusieurs approches, notamment faire participer des personnes ayant une expérience concrète, actuelle ou passée, de façon significative, adopter des modèles de prestation de soins axés sur le client, fournir des ressources liées aux soins en santé mentale et à la consommation de substances équivalentes aux ressources liées aux soins de santé physique, et déterminer des façons de faire le suivi de la stigmatisation structurelle<sup>49</sup>. Les établissements de soins de santé d'Ottawa doivent examiner les effets de la stigmatisation structurelle sur les soins fournis aux clients et aux patients, puis prendre des mesures pour y remédier.



47. Programme de soutien au système provincial et Shkaabe Makwa, Toronto Community Crisis Service: Six-Month Implementation Evaluation Report, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 13 janvier 2023, p. 44.

48. Commission de la santé mentale du Canada, Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé – Cadre d'action, p. 2.

49. Ibid., p. 6.



Le projet **pilote proposé** se fonde sur les résultats du projet de recherche.

### Trois principaux volets :

#### 1. Approche « aucune mauvaise voie d'accès »

En cas de crise de santé mentale ou de consommation de substances, les résidents d'Ottawa pourront accéder à une gamme de services d'intervention de leur choix qui les mettront à l'aise et répondront à leurs besoins particuliers. Le modèle devrait comprendre :

- une ligne téléphonique distincte qui transmet les appels à des équipes d'intervention en santé mentale et en consommation de substances qui ne relèvent pas du Service de police et qui ne portent pas d'uniforme;
- une quatrième option de transmission d'appels au 9-1-1 consacrée à l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances (les choix seront donc : police, pompiers, paramédics et **santé mentale et consommation de substances**);
- des lignes téléphoniques du service téléphonique d'urgence pour les jeunes, du Centre de détresse d'Ottawa, du 2-1-1 et du 3-1-1 qui transmettent les appels au nouveau service téléphonique distinct;
- des options permettant de communiquer par messagerie texte et en ligne;
- des moyens permettant d'aiguiller les personnes vers un professionnel de la santé depuis les services d'urgence hospitaliers;
- des haltes-accueils communautaires.

#### 2. Intervention multidisciplinaire en cas de crise

Un système d'intervention en cas de crise coordonné, communautaire, multidisciplinaire et adapté sur le plan culturel sera créé afin de mieux répondre aux besoins des résidents d'Ottawa. Avec le temps, les personnes qui vivent dans les zones suburbaines et rurales auront accès à des professionnels de la santé mentale (travailleurs sociaux, infirmiers, chargés de cas, psychologues et psychiatres) et à des pairs qui leur fourniront du soutien selon une approche compatissante, adaptée à leur culture, axée sur la personne et tenant compte des traumatismes. Les intervenants en cas de crise faciliteront également la mise en relation des personnes avec les services et les soins.

#### Composantes de l'intervention multidisciplinaire en cas de crise

- Équipes d'intervention mobiles formées de professionnels de la santé mentale, d'intervenants communautaires et de pairs aidants accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Mise en relation avec des centres d'intervention communautaire en cas de crise disposant :
  - d'organismes communautaires spécialisés dans les interventions en situation de crise qui exercent leurs activités 2 heures sur 24, 7 jours sur 7;
  - d'une capacité à représenter des communautés (p. ex. les communautés somalienne, francophone et rurale) et des quartiers précis en s'assurant que les travailleurs de première ligne au sein des équipes représentent diverses communautés;
  - des personnes ayant une expérience vécue qui sont outillées pour fournir une rétroaction immédiate et continue afin de garantir la prise en compte des diverses priorités de la communauté;
  - des pairs aidants (notamment dans les services d'urgence et au sein d'organismes communautaires);
  - des programmes communautaires élargis et bien financés (travail de rue, haltes accueils, interventions en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances, soutien psychologique, etc.). Les programmes dirigés par les communautés diversifiées et axés sur celles-ci doivent obtenir les ressources dont ils ont besoin pour se développer et prendre de l'expansion;
  - des procédures clairement définies servant à déterminer les cas qui se prêtent aux modèles d'intervention communautaire ou d'intervention collaborative;
  - des services globaux intégrés comprenant notamment le suivi thérapeutique.
- Infrastructure conçue pour assurer la coordination d'une intervention multidisciplinaire

### 3. Expansion du soutien par les pairs au sein des services d'intervention en cas de crise existants

Les pairs aidants seront embauchés, formés et soutenus par l'intermédiaire des programmes de soutien par les pairs existants d'Ottawa. Ils seront intégrés au système d'intervention en cas de crise à titre de ressources principales. Il importe de s'assurer que les pairs aidants reçoivent non seulement une formation, mais aussi un encadrement et du mentorat pour les aider à mettre en application et à perfectionner leurs compétences.

La mise en œuvre de ces recommandations devrait être rapide, mais progressive. Par exemple, un projet pilote pourrait être lancé dans une zone urbaine, une zone rurale et une zone suburbaine, respectivement, selon l'expansion de l'infrastructure de services communautaires existante. Après une mise à l'essai et une évaluation initiale, les projets pilotes pourraient être mis en œuvre à l'échelle de la ville.



#### Prochaines étapes

Un groupe de travail sur la mise en œuvre des projets pilotes (un sous-comité du Conseil d'orientation) poursuivra le développement des solutions proposées et fournira des suggestions quant aux quartiers dans lesquels les premiers projets pilotes devraient être menés. Une fois l'évaluation terminée, ces projets pilotes pourront être mis en œuvre progressivement à l'échelle d'Ottawa. Les coûts d'un ou de plusieurs projets pilotes seront établis à titre de prochaine étape.



# Présentations au Conseil d'orientation

Plusieurs présentations ont été faites au Conseil d'orientation en 2022. Ces présentations ont permis de veiller à ce que le Conseil d'orientation soit au courant des initiatives en place à Ottawa et dans d'autres municipalités, et des recherches sur le sujet menées par d'autres organismes.

Les présentations en question ont permis aux membres du Conseil d'orientation de mieux comprendre les sujets clés liés à la transformation des systèmes dans le domaine de l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances. Les présentations et leurs principales conclusions sont résumées dans le tableau ci-dessous.

## Résumé des présentations

Titre de la présentation	Présentée par	Aperçu de la présentation
<b>Position on Mental Health Strategy</b>	Joan Riggs, Mary Doust et Karen Green, Coalition autochtone d'Ottawa	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Coalition autochtone d'Ottawa (CAO) a présenté sa position sur la stratégie en matière de santé mentale du Conseil d'orientation. Les principaux points sont résumés comme suit : 1) la CAO et le Conseil sont d'accord qu'une stratégie en matière de santé mentale est nécessaire à Ottawa et que la CAO la soutiendra; 2) la CAO n'a pas besoin de se joindre au Conseil d'orientation, car elle travaille parallèlement à celui-ci sur une stratégie en matière de santé mentale adaptée aux Autochtones; 3) la stratégie en matière de santé mentale adaptée aux Autochtones consiste à créer un nouveau système pour la communauté autochtone d'Ottawa et non pas à transformer le système existant.</li> </ul>
<b>Stratégie de santé mentale du marché By</b>	Wendy Muckle, directrice générale, Ottawa Inner City Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet proposé reconnaît le besoin d'améliorer la santé des personnes en situation d'itinérance et des personnes qui consomment des substances dans la zone du marché By et de la Basse-ville.</li> <li>Un plan de projet a été présenté et des mesures, une analyse de viabilité et une évaluation ont été proposées.</li> <li>On a souligné la participation du Service de police d'Ottawa, dont le rôle consiste à surveiller les données, à trouver des solutions et à améliorer la santé globale de la communauté et du système d'intervention en cas de crise de santé mentale de façon plus large.</li> <li>La Ville d'Ottawa, l'Équipe Santé Ottawa et les fournisseurs de services soutiennent ce projet.</li> <li>La recherche de bailleurs de fonds ainsi que des consultations auprès de la communauté autochtone sont en cours.</li> <li>Ce travail correspond aux efforts du Conseil d'orientation, notamment pour ce qui est de mettre l'accent sur la prévention des crises de santé mentale et de consommation de substances.</li> </ul>

Titre de la présentation	Présentée par	Aperçu de la présentation
<p><b>Centre intégré de répartition des ambulances d'Ottawa</b></p>	<p>Cheffe adjointe Molly Kline et chef Pierre Poirier, Service paramédic d'Ottawa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Centre intégré de répartition des ambulances a fourni une <b>description de ses services</b> comprenant des statistiques sur le nombre de cas quotidiens de santé mentale (25 cas par jour), le nombre d'employés (90) et le nombre d'appels de demande de services chaque année (150 000 à Ottawa).</li> <li><b>Procédures pour répondre aux appels au 9-1-1.</b> Il existe un centre téléphonique de sécurité publique principal (CTSP) et trois centres téléphoniques de sécurité publique secondaires (CTSPS). Lorsqu'ils répondent à un appel, les répartiteurs demandent : « Avez-vous besoin de la police, des pompiers ou d'une ambulance? ». Il incombe ensuite aux répartiteurs de déterminer à quel service ils doivent transmettre l'appel. Dans le cas du Service de police d'Ottawa, les répartiteurs restent à l'appareil et créent un appel de demande de services au moyen du système de répartition assistée par ordinateur Versadex CAD.             <ul style="list-style-type: none"> <li>Au CTSPS, on utilise un indice d'ordre d'intervention pour déterminer le niveau de priorité de chaque appel. Si un appelant est connecté au service paramédical, il y a une étape de répartition qui consiste à attribuer l'intervention à un paramédic, puis une étape de déploiement qui consiste à trouver un paramédic en mesure de répondre à un appel de demande de services.</li> </ul> </li> <li><b>Équipe d'intervention pour le bien-être mental.</b> Un répartiteur des ambulances assure la surveillance des appels pour cette équipe, de sorte qu'une personne puisse s'affecter elle-même à un cas dans deux catégories, soit les cas à caractère non criminel et non suicidaire.</li> </ul>
<p><b>Les différents modèles d'intervention de la Ville d'Ottawa dans les crises de santé mentale, Phase 1 : Les différents modèles d'intervention – ÉBAUCHE</b></p>	<p>David Thorne et Caitlin Brown</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les quatre municipalités servant de comparaison étaient Eugene (dans l'État de l'Oregon), la région municipale de Niagara (en Ontario), Toronto (en Ontario) et Vancouver (en Colombie-Britannique). Des organismes de chaque municipalité ont fait l'objet d'entrevues.</li> <li><b>Appels entrants, intervention et suivi en cas de crise.</b> Les services offerts au moment de l'appel entrant, de l'intervention et du suivi par chacune des villes sont également décrits dans le rapport.</li> <li>En ce qui concerne les <b>appels entrants</b>, toutes les villes utilisent le 9-1-1. En plus du 9-1-1, deux municipalités utilisent un service téléphonique d'urgence pour traiter les appels entrants (Vancouver et la région municipale de Niagara), une municipalité utilise le 2-1-1 (Toronto), une municipalité utilise un service téléphonique communautaire et deux municipalités utilisent la ligne téléphonique directe d'un centre de crise (Eugene) et une équipe mobile d'intervention (Vancouver).</li> <li><b>Équipes d'intervention.</b> Dans le rapport, on classe les municipalités selon trois catégories en fonction de la composition de leurs équipes d'intervention : l'intervention d'urgence traditionnelle, les équipes d'intervention collaboratives et l'intervention communautaire. Les résultats des entrevues ont montré que Toronto, Eugene et Vancouver ont recours à des interventions communautaires, Toronto et la région municipale de Niagara ont recours à l'intervention collaborative, et toutes les municipalités ont recours à l'intervention d'urgence traditionnelle.</li> <li><b>Services de suivi.</b> Les municipalités offrent presque toutes des choix uniques en matière de services de suivi. À Eugene, la clinique responsable du service d'intervention en cas de crise s'occupe aussi du suivi. Parmi les services offerts, on trouve une clinique médicale, une ligne d'écoute accessible en tout temps, des services de traitement des dépendances</li> </ul>

Titre de la présentation	Présentée par	Aperçu de la présentation
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulatoires, un centre d'aiguillage, une clinique dentaire, un service d'aide à l'obtention de prestations sociales et un service de gestion des cas. Dans la région municipale de Niagara, les clients sont orientés vers l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), qui leur fournit des lits sécuritaires, du counseling, de l'aide à naviguer dans le système, du logement, de l'aide judiciaire et de la gestion de cas. À Toronto, des agents de ressources communautaires assurent un suivi dans les 48 heures suivant chaque visite.</li> <li>• <b>Types de cas.</b> Les types de cas de crise de santé mentale et de consommation de substances ont également été répertoriés dans les quatre municipalités. Chaque municipalité a défini les types d'intervention qui seraient offerts aux clients en situation de crise. Le projet pilote de Toronto et les services de la région municipale de Niagara, par exemple, interviennent seulement dans des situations non violentes et non urgentes (fournissent des conseils en cas de dispute ou de comportement inquiétant et à des personnes en crise suicidaire; effectuent des vérifications de l'état de santé [à Toronto]; interviennent dans des cas de santé mentale de moindre acuité et de surdoses en cours, et assurent le suivi à la suite d'une surdose [Niagara]. À Eugene, les services interviennent en cas de crises, de situations nécessitant un désamorçage, de situations de santé mentale ou de comportement inquiétant, d'intoxication, de vérifications du bien-être et d'avis de décès. À Vancouver, tous les appels entrants passent par le 9-1-1. Les critères qui s'appliquent aux appels de santé mentale ne sont donc pas différents des critères qui s'appliquent aux services d'urgence traditionnels. En ce qui concerne l'équipe de soins par les pairs de l'ACSM en Colombie-Britannique, les appels concernant des crises sont transmis à l'équipe de santé mentale et de toxicomanie dans la région de la rive nord.</li> </ul>
<p><b>Current 911 Response and Gap Analysis</b></p>	<p>David Thorne, MNP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs organismes à Ottawa ont fait l'objet d'un examen, y compris le Service de police d'Ottawa, le Service paramédic d'Ottawa, le service du 2-1-1 de l'Est de l'Ontario, l'équipe mobile de crise en santé mentale de l'Hôpital d'Ottawa, le service du 3-1-1 d'Ottawa, la Ville d'Ottawa, l'ACSM d'Ottawa, le Centre de détresse d'Ottawa et de la région, le Bureau des services à la jeunesse, AccèsSTM, Ottawa Inner City Health et le service du 9-1-1 d'Ottawa.</li> <li>• <b>Appels entrants, intervention en cas de crise et suivi après une crise :</b></li> <li>• Pour ce qui est des <b>appels entrants</b>, la Ville d'Ottawa offre comme choix le 9-1-1 (pour la police et les paramédics), le 2-1-1, le 3-1-1, le Centre de détresse et les services téléphoniques d'urgence en santé mentale. En ce qui concerne <b>l'intervention</b>, on a la possibilité de choisir la police, les Services médicaux d'urgence, le Centre de détresse ou les services téléphoniques d'urgence en santé mentale. Deux choix d'intervention collaborative ont été cernés, soit 1) l'équipe d'intervention pour le bien-être mental (paramédics et travailleurs sociaux); et 2) l'intervention collaborative des paramédics et du Centre de détresse, qui consiste à s'assurer qu'un membre du personnel du Centre de détresse reste à l'appareil avec le patient jusqu'à l'arrivée des Services médicaux d'urgence.</li> <li>• En matière de <b>suivi</b>, on a relevé les choix de services par nom d'organisme, comme le Bureau des services à la jeunesse, Ottawa Inner City Health, l'ACSM d'Ottawa, la section de Santé mentale du Service de police d'Ottawa, l'équipe mobile d'intervention en cas de crise de santé mentale de l'Hôpital d'Ottawa, les cliniques de santé communautaires et les fournisseurs de services communautaires.</li> </ul>

Titre de la présentation	Présentée par	Aperçu de la présentation
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Voici quelques-unes des <b>lacunes générales</b> cernées : 1) le 9-1-1 est le seul numéro bien connu qui traite des appels en cas de crise; 2) les intervenants d'urgence sont les seules personnes en mesure d'envoyer des ressources en temps réel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; 3) les ressources en aval ne sont pas disponibles au moment d'une crise ou les gens ne savent pas qu'elles existent; 4) le projet pilote en cours concernant les paramédics ne reçoit pas le financement nécessaire pour assurer un service en tout temps; 5) les données du Service de police sont insuffisantes et incomplètes pour ce qui est du nombre d'appels et du classement des appels concernant la santé mentale et la consommation de substances.</li> </ul>
<b>Unité de santé mentale du Service de police d'Ottawa</b>	Le sergent Dodd Tapp, l'agent Chris Poulton, la sergente Catherine Wood et l'agent Matthew Wood	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un agent patrouilleur a présenté son rôle au sein de l'équipe d'intervention de première ligne en santé mentale. L'agent a montré que tous les policiers se servent d'une liste de contrôle en matière de santé mentale, qui contient les questions suivantes : 1) S'agit-il d'une demande d'aide? 2) La personne présente-t-elle un danger pour elle-même? 3) La personne présente-t-elle un danger pour autrui (p. ex. sa famille)? 4) La personne est-elle capable de s'occuper d'elle-même? Certains obstacles auxquels se heurtent les intervenants de première ligne sont les délais d'attente à l'hôpital, la communication avec des personnes qui ne parlent pas anglais et la façon d'agir de façon appropriée selon le sexe lors d'une interaction avec une personne en détresse.</li> <li>On a présenté un aperçu de l'équipe de négociation en cas de crise. L'équipe compte 11 membres qui travaillent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à longueur d'année. Les 11 membres peuvent recevoir un appel à tout moment pour intervenir dans une situation que les agents de première ligne ont indiqué ne pas être en mesure de gérer. Une équipe de trois personnes se présente sur la scène. L'unité a pour but d'aider à désamorcer la situation et à faire participer la personne dans le processus décisionnel.</li> <li>On a présenté un aperçu de l'Unité de la santé mentale (USM) du Service de police d'Ottawa. Elle comprend un sergent, cinq agents et un policier-éducateur. L'équipe mobile de crise de santé mentale de l'Hôpital d'Ottawa, formée en 2000, est partenaire de l'USM et son horaire est le même que celui des policiers affectés à l'unité, soit de 9 h à 21 h. Les policiers portent toujours une tenue civile lorsqu'ils sont en service. Le rôle de l'USM consiste en partie à assurer la liaison avec d'autres partenaires comme l'ACSM, Options Bytown et le Centre de santé mentale Royal Ottawa. Lorsque l'USM emmène des clients à l'hôpital, les délais d'attente sont réduits et peuvent durer entre quatre et six heures environ.</li> </ul>
<b>Repenser la sécurité communautaire à Ottawa</b>	Sean Meagher et Andrea Poncia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette présentation est basée sur un rapport existant publié par la Coalition des centres de ressources et de santé communautaires d'Ottawa, accessible <a href="#">ici</a>.</li> <li>Le rapport comprend plusieurs sources de renseignements, y compris des études universitaires, des reportages, de la littérature grise et des entrevues menées auprès de fournisseurs de services sans but lucratif et de chefs communautaires touchés par le racisme systémique.</li> <li>On a présenté l'état actuel de la race et du maintien de l'ordre à Ottawa.</li> <li>On a présenté des domaines offrant des possibilités d'intervenir en cas de crise de santé mentale et de toxicomanie sans recours à la police. Il était question d'examiner les coûts et le volume des interventions policières actuelles, l'incidence et les approches améliorées. Les sujets suivants ont également été abordés : les personnes en situation d'itinérance ou en</li> </ul>

Titre de la présentation	Présentée par	Aperçu de la présentation
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• précarité de logement, les jeunes, la santé mentale, la violence faite aux femmes et la répartition d'appels au 9-1-1.</li> <li>• Les <b>principales recommandations</b> du rapport sont les suivantes : 1) réaffecter les millions de dollars dépensés sur l'affectation de policiers aux problèmes d'itinérance à des programmes qui pourrait avoir une plus grande incidence (p. ex. rendre certains programmes disponibles en tout temps, effectuer du travail de rue auprès des personnes en situation d'itinérance, offrir des lits de rétablissement); 2) réaffecter les millions de dollars dépensés à l'affectation de policiers aux problèmes de santé mentale à des programmes qui pourrait avoir une plus grande incidence (p. ex. aide à la navigation dans le système, site de consommation sécuritaire); 3) réaffecter les millions de dollars dépensés à l'affectation de policiers aux problèmes des jeunes à des programmes qui pourraient avoir une plus grande incidence (p. ex. les carrefours communautaires, le travail de rue auprès des jeunes, le travail de rue assuré par les pairs et les haltes-accueils); 4) réaffecter les millions de dollars dépensés sur les interventions du système judiciaire en cas de violence fondée sur le genre à des programmes qui pourraient avoir une plus grande incidence; 5) réaffecter les opérations du 9-1-1 à un organisme axé sur la prestation du service approprié au moment opportun qui n'est pas géré par un seul fournisseur.</li> </ul>
<p><b>Alternatives for a Safer Ottawa: Civilian-Led Mental Health Crisis Response</b></p>	<p>Robin Browne, représentant de 613-819 Black Hub et Inez Hillel, représentante de Vivic Research</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette présentation est basée sur un rapport publié par Vivic Research et 613-819 Black Hub, accessible <a href="#">ici</a>.</li> <li>• Cinq principales recommandations ont été formulées. Les voici:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Le programme doit être mené et dirigé par la communauté. On entend notamment par personnel communautaire les travailleurs pairs ainsi que les personnes qui travaillent dans des centres 'hébergement, fournissent des soins et fournissent un service social individualisé.</li> <li>2) Le succès du programme dépend de dirigeants noirs et autochtones.</li> <li>3) Le programme doit comprendre des endroits sécuritaires communautaires.</li> <li>4) Le programme doit être permanent, bénéficier d'un financement suffisant et assurer des services en tout temps.</li> <li>5) La prévention doit être au cœur du programme. On a cité le logement, la drogue, la lutte contre le racisme, ainsi que les jeunes, comme les secteurs prioritaires de prévention.</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Ottawa Police Mental Health Calls for Service</b></p>	<p>David Thorne, MNP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette présentation a fourni un aperçu des recherches effectuées sur les appels enregistrés au Service de police d'Ottawa.</li> <li>• Des enregistrements et des classements réalisés à partir d'un échantillon sur une période d'un an (de septembre 2021 à août 2022) tiré de deux bases de données (la répartition assistée par ordinateur pour les répartiteurs du 9-1-1 et le système de gestion des documents (SGD) pour les notes consignées par la police) ont fait l'objet d'une analyse.</li> <li>• Les résultats ont révélé qu'en ce qui concerne la base de données de la répartition assistée par ordinateur, 3,6 % des appels (sur 337 479) avaient été classés comme concernant une maladie mentale perçue et 8,9 % des appels comprenaient des termes clés liés à la consommation de substances et à la santé mentale. Dans la base de données du SGD, 7,2 % des enregistrements (sur 96 164) avaient été classés comme concernant une maladie mentale perçue et 11,4 % des enregistrements comprenaient des termes clés liés à la consommation de substances et à la santé mentale.</li> </ul>

Titre de la présentation	Présentée par	Aperçu de la présentation
<p><b>Exploring non-police mental health and substance use crisis response: A critical race theory &amp; anti-racism informed approach.</b></p>	<p>Sulaimon Giwa, Ph. D., expert-conseil et formateur en matière de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>théorie critique de la race</b> comprend plusieurs composantes clés. En voici les composantes principales : la suprématie blanche et le racisme structurel; l'intersectionnalité et la construction de la race; les récits contraires; les récits et la représentation; le croisement des intérêts; la dynamique des pouvoirs institutionnels; et les microagressions.</li> <li>• La théorie critique de la race et la lutte contre le racisme sont des outils éducatifs servant à accroître la sensibilisation à la présence du racisme au sein de nos systèmes d'intervention en cas de crise.</li> <li>• Une approche de rechange en matière d'intervention en cas de santé mentale et de consommation de substances tenant compte de la théorie critique de la race et de la lutte contre le racisme doit répondre à des <b>critères clés</b> pour remplacer les approches axées sur l'intervention policière. Voici les critères en question : 1) le respect des droits; 2) la mobilisation des intervenants locaux; 3) le traitement des causes fondamentales; 4) la capacité d'adaptation; 5) la durabilité et la capacité de mise à l'échelle. Outre ces critères, voici d'autres recommandations : améliorer l'accès aux professionnels de la santé mentale compétents sur le plan culturel; financer des programmes communautaires qui traitent les causes fondamentales des troubles de santé mentale et de consommation de substances, notamment selon une approche tenant compte de l'intersectionnalité; établir des partenariats équitables entre les secteurs qui participent à l'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances; favoriser la transparence à l'égard de la collecte de données lorsque les appelants autres que les policiers interagissent avec le système.</li> </ul>
<p><b>Recherches complémentaires menées par la Coalition des centres de ressources et de santé communautaires d'Ottawa</b></p>	<p>Sean Meagher</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La présentation a mis en évidence des données supplémentaires qui ont fait l'objet d'une analyse pour le Conseil d'orientation. Voici les sources de données consultées : l'évaluation du modèle d'intervention en cas de crise menée par MNP, le rapport de Vivic sur les interventions en cas de crise menées par des membres de la communauté, le rapport Repenser la sécurité communautaire à Ottawa, le rapport de MNP sur le 9-1-1, le modèle STAR de Denver, le modèle PSR de Portland, l'évaluation de l'intervention en cas de crise de Calgary et d'autres recherches au sujet des niveaux de risque associés à l'intervention en cas de crise et aux opérations liées au 9-1-1.</li> <li>• Voici les constatations :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'intervention en cas de crise menée par des membres de la communauté sans intervention policière à l'échelle de la ville et du système est utile, viable et bénéfique.</li> <li>2) Les interventions menées par les membres de la communauté peuvent prendre de l'ampleur rapidement.</li> <li>3) L'intervention en cas de crise menée par des membres de la communauté peut entraîner une réduction importante du fardeau des policiers, ce qui leur donne un peu de répit et réduit les coûts tout en fournissant de meilleurs résultats;</li> <li>4) L'intervention en cas de crise menée par des membres de la communauté est la plus efficace lorsqu'elle s'appuie sur des relations communautaires solides, les pairs, le respect de la diversité culturelle et un engagement à intervenir rapidement, et lorsqu'elle met l'accent sur la reddition de compte envers les personnes les plus touchées.</li> <li>5) L'intervention en cas de crise menée par des membres de la communauté est la plus efficace lorsqu'elle s'intègre à des systèmes de soutien sur lesquels comptent les gens.</li> <li>6) L'intervention en cas de crise menée par des membres de la communauté tire parti d'un point d'accès distinct qui n'est pas intégré au système policier.</li> <li>7) Les interventions proactives fondées sur la prévention et soutenues par des pairs familiaux améliorent l'effet des interventions menées par des membres de la communauté.</li> <li>8) Les stratégies citées tiennent compte des priorités du Plan de sécurité et de bien-être dans les collectivités.</li> </ol> </li> </ul>



# Stratégie autochtone concernant le bien-être mental

L'un des réseaux invités à faire partie du Conseil directeur en 2021 fut la Coalition autochtone d'Ottawa (CAO), composée de 10 organisations de services autochtones qui desservent 20 000 des 40 000 membres de la communauté autochtone d'Ottawa. La CAO a décidé de ne pas participer au Conseil directeur car elle travaillait elle-même sur une stratégie spécifique sur le bien-être mental autochtone.

Cette stratégie est disponible sur le site Web de la Coalition autochtone d'Ottawa à l'adresse suivante :  
<https://www.ottawaaboriginalcoalition.ca>

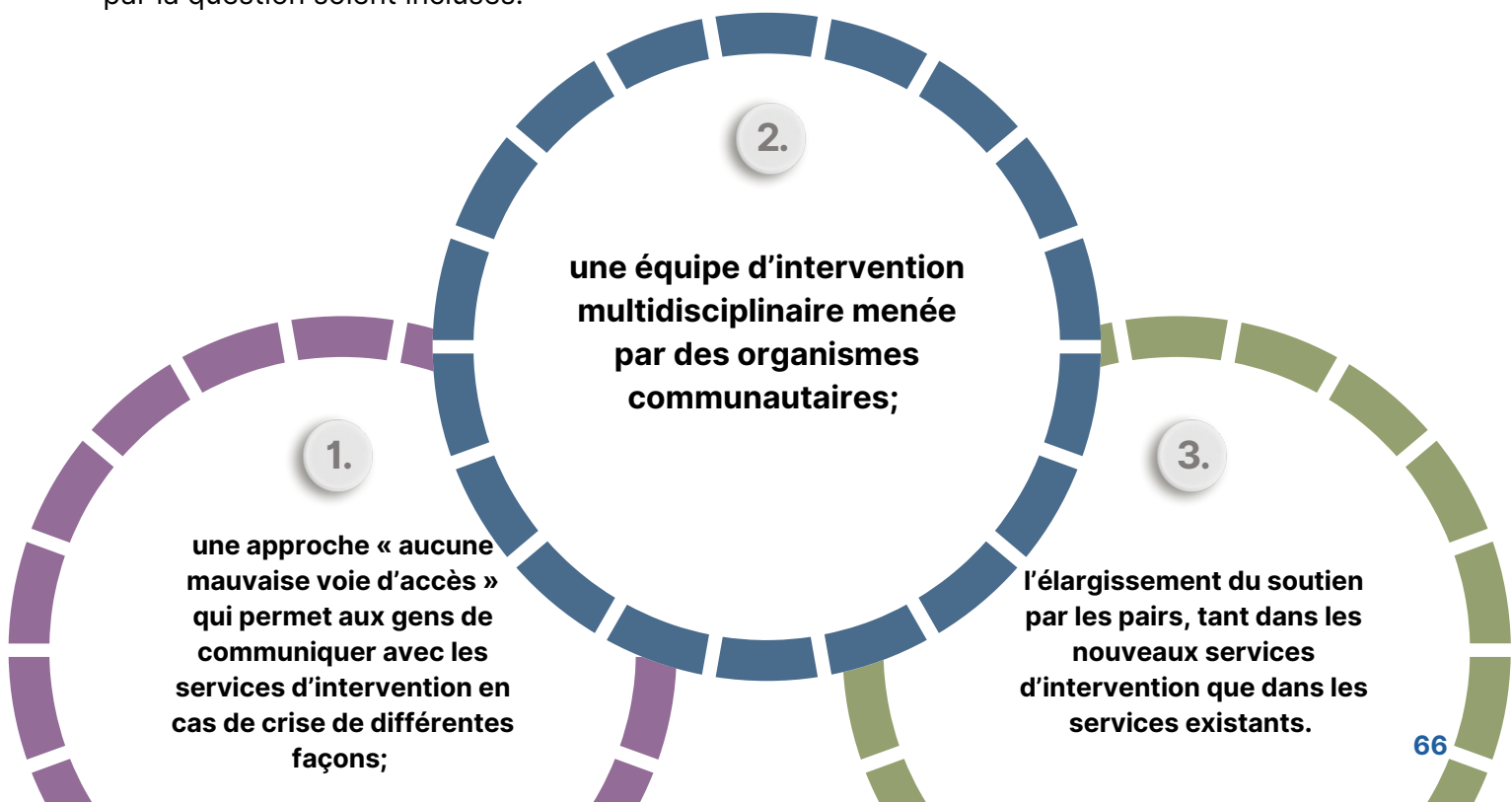
La stratégie de la CAO est basée sur les résultats du projet de recherche COVID et sur les connaissances de la communauté autochtone en matière de rétablissement de l'équilibre et de maintien de la santé des autochtones, des familles et des communautés urbaines.



# Conclusion

Les villes du monde entier composent avec un manque de ressources appropriées pour soutenir leurs résidents en situation de crise de santé mentale ou de consommation de substances. Étant l'un des deux services accessibles en tout temps, le Service de police est devenu le service d'intervention de facto, ce qui peut parfois engendrer des répercussions négatives. À Ottawa, le Conseil d'orientation sur la santé mentale et les dépendances d'Ottawa a été chargé d'élaborer un système nouveau ou amélioré d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances qui améliorera les résultats pour les résidents. Une stratégie de mobilisation communautaire a été conçue pour tenir des consultations auprès des membres de la communauté, des fournisseurs de services d'Ottawa et d'un groupe de référence composé de personnes diversifiées ayant des expériences concrètes, actuelles ou passées. Plus de 1 100 personnes ont été consultées dans le cadre de groupes de discussion, d'entrevues et de sondages en ligne selon une approche ciblée visant à s'assurer que les personnes les plus touchées par la question soient incluses.

Nous avons eu recours à des méthodes de recherche participative fondées sur la communauté, dans le cadre desquelles nous avons cherché à offrir une écoute active et assurer une représentation équitable aux paroles des personnes africaines, caribéennes et noires et d'autres personnes racisées ayant une expérience concrète, actuelle ou passée. Nous avons adopté des stratégies contre le colonialisme et adaptées à la culture en vue de mobiliser les membres de la communauté en tant que champions à mener des groupes de discussion et des entrevues. Ces approches étaient axées sur les idées de la communauté quant à un service d'intervention en cas de crise modifié, plutôt que sur le choix d'une option figurant dans une liste prédéterminée. Les résultats de l'étude indiquent clairement que les résidents et les fournisseurs de services d'Ottawa veulent un système d'intervention en cas de crise de santé mentale et de consommation de substances 24/7, sans uniforme et sans participation de la police, qui comprenne les éléments suivants :



# Références

1. APA Dictionary of Psychology, American Psychological Association, 2023. Accès : <https://dictionary.apa.org/snowball-sampling>
2. Belfi, Erica, et Nedra Sandiford. « Decolonization Series Part 1: Exploring Decolonization », dans S. Brandauer et E. Hartman, éd., *Interdependence: Global Solidarity and Local Actions*, The Community-Based Global Learning Collaborative, 2021. Accès : <http://globalsolidaritylocalaction.sites.haverford.edu/what-is-decolonization-why-is-it-important/>
3. Recensement de la population, Statistique Canada, 2021. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-581-x/2022001/sec3-fra.htm>
4. Center for Police Research and Policy, International Association of Chiefs of Police, 2021. Accès : <https://www.theiacp.org/research>
5. Ville de Calgary. *Calgary Mental Health and Addiction Community Strategy and Action Plan 2021-2023*, ville de Calgary, p. 24.
6. Ville de Toronto. *Re-imagining Toronto's Mental Health Response*, février 2021. Accès : <https://www.toronto.ca/community-people/public-safety-alerts/community-safety-programs/toronto-community-crisis-service/>
7. « Culturally Appropriate Definition », Law Insider, s.d. Accès : <https://www.lawinsider.com/dictionary/culturally-appropriate>
8. *Dismantling Anti-Black Racism: A Strategy of Fair & Just CAMH*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 10 février 2021, p. 1-28. Accès : <https://www.camh.ca/-/media/files/camh-dismantling-anti-black-racism-pdf.pdf>
9. Gajaria, Amy, Jaswant Guzder et Raj Rasasingham. « What's Race Got to Do with It? A Proposed Framework to Address Racism's Impacts on Child and Adolescent Mental Health in Canada », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, no 2, 2021, p. 131-137.
10. Sulaimon Giwa, *Exploring Non-Police Mental Health and Substance Use Crisis Response: A Critical Race Theory & Anti-Racism Informed Approach*, janvier 2023.
11. « Kimberlé Crenshaw's Intersectional Feminism », *JSTOR Daily*, 1er août 2020. Accès : <https://daily.jstor.org/kimberle-crenshaws-intersectional-feminism/>.
12. Kitchener, Betty, Anthony Jorm et Claire Kelly. *Mental Health First Aid Manual*, vol. 4, Australie, Mental Health First Aid Australia, 2017, p. 1-187.
13. Knaak, Stephanie, Jamie Livingston, Heather Stuart et Thomas Ungar. *Combating Mental Illness and Substance Use-Related Structural Stigma in Health Care: A Framework for Action*, Commission de la santé mentale du Canada, 2021, p. 1-15. Accès : <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Combating-Mental-Illness-and-Substance-Use-Related-Structural-Stigma-in-Health-Care.pdf>
14. Lins, Chad. « City of Ottawa Alternate Response to Mental Health Crises », MNP, 15 juillet 2022, p. 62.
15. Livingston, James. *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé*, Commission de la santé mentale du Canada, 8 juillet 2020. Accès : [https://commissionsantementale.ca/resource/la-stigmatisation-structurelle-des-personnes-ayant-des-problemes-de-sante-mentale-et-de-consommation-de-substances-dans-les-etablissements-de-soins-de-sante/?\\_ga=2.76264149.1555541092.1682702132-539545247.1682004159](https://commissionsantementale.ca/resource/la-stigmatisation-structurelle-des-personnes-ayant-des-problemes-de-sante-mentale-et-de-consommation-de-substances-dans-les-etablissements-de-soins-de-sante/?_ga=2.76264149.1555541092.1682702132-539545247.1682004159)

16. Meagher, Sean. « Rethinking Community Safety in Ottawa », Coalition Ottawa, octobre 2021, p. 1-49.
17. « Communautés racialisées », The Homeless Hub, 2021. Accès : [https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/communaut%C3%A9s\\_racialis%C3%A9es](https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/communaut%C3%A9s_racialis%C3%A9es)
18. Report for Action: 2022 Launch of Community Crisis Support Service Pilots and Policing Reform Updates, ville de Toronto, 12 janvier 2022, p. 1-18. Accès : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2022/ex/bgrd/backgroundfile-175060.pdf>
19. Safer Space Guidelines, Commission de la santé mentale du Canada, 2019. Accès : [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019\\_03/safer\\_space\\_guidelines\\_mar\\_2019\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019_03/safer_space_guidelines_mar_2019_eng.pdf)
20. Salami, Bukola, Benjamin Denga, Robyn Taylor, Nife Ajayi, Margot Jackson, Msgana Asefaw et Jordana Salma, « Recherche qualitative originale – L'accès des jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale », Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, vol. 41, no 9, 2021, p. 245-253. Accès : <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.01f>
21. Sayid, Manal. Mental Health and Substance Use Crisis Response Systems – A Review of the Literature, 2023, p. 1-12.
22. Braquer la lumière sur la santé mentale dans les communautés noires, Commission de la santé mentale du Canada, 2021, p. 1-4. Accès : <https://commissionsantementale.ca/ressource/braquer-la-lumiere-sur-la-sante-mentale-dans-les-communautes-noires/>
23. Social Determinants of Health, Organisation mondiale de la Santé, 2023. Accès : [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
24. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021, gouvernement du Canada, 4 octobre 2021. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.htm>
25. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). National Guidelines for Behavioral Health Crisis Care: Best Practice Toolkit, SAMHSA, 2020.
26. Ukwu, Gloria. « Study Expert Qualitative Interview Analysis and Notes », 2023, p. 1-
27. Vivic Research. Alternatives for a Safer Ottawa: Non-Police Mental Health Crisis Response Report, juin 2021, p. 1-62. Accès : <https://vivicresearch.ca/work/non-police-mental-health-crisis-response-for-the-city-of-ottawa>
28. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, Organisation mondiale de la Santé, 2021, p. 1-40. Accès : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>

