



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

Des constats intéressants... Des recommandations décevantes !

Avis du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

Sur le Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012

« Pour plus de résultats et d'équité en santé mentale au Québec »

Commissaire à la santé et au bien-être

**Le contenu de cet avis a fait l'objet de discussion au comité Politique
et a été approuvé par les membres du conseil d'administration du RRASMQ.**

Rédaction et mise en page: Robert Théoret

Janvier 2013

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

2349, rue de Rouen, 4e étage

Montréal (Québec), H2K 1L8

Téléphone: (514) 523-7919/1-877-523-7919

Télécopieur: (514) 523-7619

Site Web: www.rrasmq.com

Contenu

Contenu	2
Préambule.....	3
Quelques remarques générales sur le Rapport du Commissaire.....	4
A. À propos de la vision des problèmes de santé mentale	4
B. À propos des alternatives à la « médicalisation »	6
C. À propos des droits de personnes et de leur participation publique.....	7
À propos des recommandations du Commissaire	9
a. Recommandations touchant l'ensemble de la société québécoise	9
La lutte à la stigmatisation	9
La promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes de santé mentale.....	12
b. Recommandations concernant l'organisation des services.....	15
Compléter la mise en œuvre du PASM 2005-2010.....	15
La valorisation de la contribution des organismes communautaires	18
La diversification du panier de services	23
c. Recommandations concernant le leadership du ministre de la Santé et des Services sociaux.....	26
À propos du soutien dans la communauté.....	26
Bilan des mesures d'intégration sociale du PASM 2005-2010	29
Des recommandations peu structurantes	32
L'importance de l'action intersectorielle au Québec	33
Le développement d'une culture d'amélioration continue.....	35
Conclusion.....	38

Préambule

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) a lu avec beaucoup d'attention le Rapport d'appréciation 2012 du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur la performance du système de santé et de services sociaux en santé mentale *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Le RRASMQ a aussi pris connaissance du document *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*.

D'emblée, le Regroupement reconnaît que ce rapport présente une analyse intéressante et complète des préoccupations et des enjeux qui traversent l'ensemble des acteurs du milieu de la santé mentale au Québec. Le rapport d'appréciation ainsi que l'état de situation qui l'accompagne témoignent de l'ampleur et du sérieux des consultations¹ et de l'analyse réalisés par le CSBE au cours des deux dernières années.

Le RRASMQ apprécie particulièrement les sections du rapport qui portent sur les enjeux sociaux et les questions éthiques liés à la vision et au traitement des problèmes de santé mentale. Il accueille aussi avec beaucoup de satisfaction les commentaires portant sur le manque de reconnaissance du rôle joué par le milieu communautaire et au sous-financement des ressources communautaires et alternatives qui œuvrent en santé mentale. Le Regroupement considère enfin que le CSBE a porté un regard lucide et a fait preuve d'un esprit critique intéressant quant à l'appréciation des résultats de la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *La force des liens*.

Ceci dit, le RRASMQ considère toutefois que la majorité des recommandations du Commissaire s'inscrivent davantage dans une perspective de continuité que dans celle d'une véritable transformation de la conception de la santé mentale et de la culture médico-pharmacologique dominante qui préside à l'organisation des services sociaux et de santé. **Le Regroupement estime que, compte tenu des constats et points de vue issus de la consultation, le Commissaire aurait pu aller plus loin dans certaines de ses recommandations au Gouvernement du Québec.**

¹ Dans le cadre des consultations du Commissaire, le RRASMQ a participé au *forum des décideurs*, au *groupe de discussion des organismes de défense des droits sur les enjeux éthiques et aux consultations individuelles complémentaires*. Voir *Rapport de consultation sur le secteur de la santé mentale – Points de vue des experts, des décideurs et des membres du Forum* (www.csbe.gouv.qc.ca).

Quelques remarques générales sur le Rapport du Commissaire²

Dans sa globalité, le Rapport du Commissaire à la santé et au bien-être reflète bon nombre des préoccupations et des points de vue portés par le RRASMQ et ses membres ainsi que par les personnes usagères qui participent à la vie associative et démocratique des ressources alternatives.

A. À propos de la vision des problèmes de santé mentale

La nécessité d'avoir une **approche biopsychosociale** et de prendre en considération **les déterminants sociaux** dans l'analyse des problèmes de santé mentale et dans l'élaboration des politiques publiques susceptibles d'influer sur la santé mentale des personnes et des communautés rejoint la philosophie du RRASMQ et de ses membres. **Concevoir la santé mentale à partir d'un modèle écologiste** qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de sa personne s'inscrit aussi dans les principes défendus par l'Alternative en santé mentale. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.).

Cependant, le RRASMQ constate que, partout dans son rapport, le Commissaire utilise un langage et une typologie, inspirée du DSM-IV. Le vocabulaire

Le Regroupement est déçu que le Commissaire ne se soit pas inspiré dans son analyse et ses recommandations des approches portées par la vision positive de la santé mentale. Pour les ressources alternatives, « *les états de détresse et de déséquilibre sont considérés comme normaux [...] les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir.* » (RRASMQ, 2009, *L'Alternative en santé mentale – Ailleurs et Autrement*, page 7)

Une telle conception permet d'orienter les pratiques d'aide et de traitement différemment que dans le modèle biopharmacologique. Cette vision fournit aussi des pistes pour orienter les politiques et les plans d'action gouvernementaux en matière de lutte à la stigmatisation et à l'exclusion dans une perspective d'amélioration des conditions de vie et de travail. Pour le RRASMQ, la *santé mentale positive* doit inspirer non seulement les programmes de promotion et de prévention en santé mentale, mais aussi l'organisation des services.

² Le RRASMQ a résumé les extraits les plus intéressants du Rapport du CSBE et de l'État de situation dans un document intitulé « Extraits commentés du Rapport 2012 du Commissaire à la santé et au bien-être ». Ce document est disponible dans la section réservée aux membres sur le site Internet du RRASMQ au www.rrasmq.com.

utilisé (troubles mentaux, maladie mentale...) pour traiter des problèmes de santé mentale s'inspire d'une conception pathologique et biomédicale de la santé mentale. Pour le Regroupement, toutes les détresses et les difficultés de la vie ne se résument pas à des déséquilibres ou des mauvais fonctionnements neuronaux ou chimiques du cerveau.

Le Rapport du Commissaire signale l'existence d'une *vision positive de la santé mentale*. Selon cette conception « *la santé mentale ne peut se résumer à une absence de pathologie [...] la conception pathologique de la santé mentale est de plus en plus contrebalancée par la conception plus globale de « santé mentale positive* ». Ce concept comporte plusieurs dimensions (aptitudes à jouir de la vie; adaptation aux événements de la vie; bien-être émotionnel; valeurs spirituelles; appartenance sociale) et peut être mesuré de diverses façons (autoévaluation de la santé mentale, satisfaction à l'égard de la vie, etc.). [...] *Les stratégies axées sur la santé mentale positive visent non seulement les personnes atteintes de troubles mentaux ou les groupes à risque, mais aussi toutes les personnes et les collectivités en cherchant à améliorer les facteurs de protection qui permettent de mieux faire face aux événements et à créer des environnements ou des milieux de vie favorables.* »³

« Parmi les usagers et les intervenants communautaires consultés, certains ont dit redouter que les problèmes tels que les dépendances ou l'itinérance ne soient considérés que sous l'angle de la psychopathologie, ce qui détournerait l'attention des facteurs sociaux mis en cause dans ces problèmes. »⁴ **Le RRASMQ dénonce la tendance dominante selon laquelle il faut définir et traiter comme des maladies les conséquences de difficultés personnelles ou de problèmes sociaux.** À l'instar de plusieurs personnes usagères et des intervenants en défense des droits, le RRASMQ et ses membres appréhendent « *le fait qu'il y ait de moins en moins de place, dans notre société, pour accorder un sens autre que pathologique aux différents états d'âme, émotions et sautes d'humeur qui peuvent affecter toute personne au quotidien.* »⁵

Pour le RRASMQ, toutes les souffrances de la vie, les détresses émotionnelles et psychologiques ne sont pas des « *maladies mentales* » qui nécessitent des interventions biomédicales. Toutefois, le contexte social et culturel néolibéral qui valorise la réussite et l'enrichissement individuels, la concurrence et l'efficacité, le conformisme idéologique... jouent un rôle central dans *le traitement de la symptomatologie des troubles mentaux.*

³ Voir page 20 du Rapport du CSBE.

⁴ Voir page 41 du Rapport du CSBE.

⁵ Voir page 41 du Rapport du CSBE.

Faut-il se surprendre que dans un tel univers, la prescription de produits pharmacologiques représente la solution « facile » pour retrouver rapidement un fonctionnement normal, sécuritaire et productif. Le recours systématique aux médicaments limite, empêche même, la recherche du sens à donner « à sa souffrance psychique », et de trouver en soi la faculté de surmonter son problème, et d'en explorer les causes environnementales et sociales.⁶

À cet égard, le RRASMQ manifeste son désaccord avec l'esprit général des recommandations formulées par le Commissaire. Les nombreux questionnements et remises en question du credo biomédicale recensés dans le Rapport auraient dû amener le Commissaire à insister sur la nécessité d'ouvrir, dans le cadre de ses recommandations, une perspective critique envers le discours et les approches biomédicales et pharmacologiques. Cela nous apparaît d'autant plus important que, d'une part, la majorité des membres du Forum de consultation reconnaît que le diagnostic peut devenir une étiquette et masquer la personne derrière le nom de sa maladie⁷ et que le recours systématique aux thérapies médicamenteuses représente, pour l'ensemble de la société québécoise une part très significative des coûts reliés au traitement des problèmes de santé mentale.

B. À propos des alternatives à la « médicalisation »

Plusieurs passages du Rapport du Commissaire reconnaissent le fait que le recours aux médicaments apparaît comme « la seule stratégie » de traitement des troubles mentaux (ou à tout le moins une stratégie jugée trop dominante). « ***Ces personnes dénoncent le manque de place accordée dans notre système de santé et de services sociaux aux approches complémentaires à la médication : psychothérapie, groupes d'entraide, approches communautaires, médecines douces et autres approches complémentaires, sans oublier l'action visant les déterminants sociaux, économiques ou organisationnels pouvant affecter la santé mentale. De plus, puisque l'accent est surtout porté sur la nature chimique des troubles mentaux et des traitements, on aurait de plus en plus tendance à « occulter la complexité des expériences des personnes et à réduire les espaces de communication dans la relation thérapeutique.* »⁸**

Du même souffle, le rapport souligne que : « *Selon de nombreux usagers et intervenants communautaires, il subsiste trop peu d'espace, au sein de notre système, pour accueillir*

⁶ Voir page 41 du Rapport du CSBE.

⁷ Voir page 43 du Rapport du CSBE.

⁸ Voir page 42 du Rapport du CSBE.

les choix complémentaires dans l'offre de soutien global. Selon certains, l'approche de la gestion autonome de la médication constitue une manière différente d'aborder la médication, où l'on vise une compréhension globale du fonctionnement et des effets de la médication sur la personne. »⁹ « Le recours aux médicaments pour traiter les troubles mentaux agirait non seulement sur les pratiques professionnelles, mais aussi sur les manifestations mêmes des maladies mentales. Si les psychotropes représentent souvent la première et la principale réponse à la souffrance, certains usagers, membres de l'entourage et intervenants aimeraient qu'une plus grande place soit accordée aux alternatives à ce type de traitement. **L'approche de la gestion autonome des médicaments constitue une manière alternative d'aborder la médication.** »¹⁰

Le RRASMQ déplore le fait que le Commissaire n'ait pas formulé de recommandation (en dehors de celle portant sur l'accessibilité à la psychothérapie) en vue d'une reconnaissance plus large des pratiques alternatives ou complémentaires aux traitements pharmacologiques. Alors qu'un peu partout l'univers médical s'ouvre à d'autres types d'approches et de traitement, le RRASMQ trouve désolant le conservatisme dont semble souffrir la psychiatrie traditionnelle, principalement en ce qui a trait à la gestion autonome des médicaments (GAM) et aux pratiques alternatives de traitement.

C. À propos des droits de personnes et de leur participation publique

« Les représentants d'organismes de défense des droits consultés corroborent un phénomène souvent rapporté dans la littérature scientifique, à savoir que, sur le terrain, le discours du respect des droits et le discours de l'intervention clinique au bénéfice de la personne s'opposent souvent. [...] Selon les intervenants rencontrés, si cette réconciliation entre droits et pratiques n'est pas encore survenue, c'est parce que la planification des services ne tient pas compte des droits dès le départ [...] les atteintes aux droits des usagers en santé mentale sont encore fréquentes et le fait de promouvoir certaines valeurs ne suffit pas : il faut aussi que les pratiques reflètent ces valeurs dans la réalité. »¹¹

Malgré le fait que le Rapport du CSBE identifie la stigmatisation, la victimisation, la judiciarisation et la criminalisation comme des enjeux sociaux importants¹², le Commissaire ne formule aucune recommandation concrète visant à réduire les atteintes

⁹ Voir page 42 du Rapport du CSBE.

¹⁰ Voir pages 51 et 52 du Rapport du CSBE.

¹¹ Voir page 53 du Rapport du CSBE.

¹² Voir pages 48 à 50 du Rapport du CSBE.

aux droits des personnes et à favoriser le rapprochement nécessaire entre les droits et les pratiques cliniques d'intervention.

À cet égard, un exemple nous apparaît très significatif : celui de la « *participation publique* » des personnes à la détermination, à l'organisation et à l'évaluation des soins et des services offerts. Au tout début de son rapport, le Commissaire affirme que « *par ailleurs, des valeurs fondamentales et certains principes ont rapidement guidé sa réflexion, dont le respect des droits de la personne, la participation des personnes atteintes à la détermination des soins et services offerts, la solidarité, l'équité et l'acceptation de la différence.* »¹³

Or, malgré le consensus des experts, des décideurs et des personnes usagères consultés sur l'importance d'encourager la participation citoyenne et de donner aux personnes usagères et à leur famille les moyens financiers, matériels et organisationnels pour influencer les décisions concernant l'organisation et le fonctionnement des services en santé mentale, le Commissaire ne formule aucune recommandation concrète visant l'atteinte de cet objectif. Le RRASMQ s'explique mal ce silence.

Cela est d'autant plus étonnant que le rapport et l'état de situation qui l'accompagne reconnaissent la timidité des progrès réalisés au cours des dernières années, à l'échelle du Québec, suite à l'adoption du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *La force des liens*. Le rapport mentionne entre autres l'existence de nombreux obstacles structurels et organisationnels qui entravent la participation et le respect des usagers.



¹³ Voir page 9 du Rapport du CSBE.

À propos des recommandations du Commissaire

Le Commissaire à la santé et au bien-être présente **5 grandes recommandations**¹⁴ pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux dans le secteur de la santé mentale. Ces recommandations se déclinent en **15 actions concrètes**.

Sur les enjeux touchant l'ensemble de la société québécoise, le CSBE propose deux recommandations :

- la lutte à la stigmatisation,
- les efforts à poursuivre en promotion de la santé et en prévention des troubles mentaux.

Sur le plan de l'organisation des services du réseau comme tel, il propose deux recommandations :

- la consolidation des services de première ligne
- l'élargissement du panier de services assurés en santé mentale.

Sur le leadership du ministre de la Santé et des Services sociaux, il formule une recommandation :

- assumer un leadership gouvernemental affirmé pour favoriser la participation sociale et le développement d'une culture d'amélioration continue.

Malgré la pertinence de certaines des orientations, de manière générale, le RRASMQ considère que les actions proposées sont trop limitées pour favoriser un véritable changement de culture dans la vision des problèmes de santé mentale ainsi que dans l'organisation et la dispensation des services aux personnes.

a. Recommandations touchant l'ensemble de la société québécoise

La lutte à la stigmatisation

La stigmatisation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale est un phénomène complexe qui peut prendre plusieurs formes et se manifester à plusieurs niveaux de la vie sociale. « [...] *le jugement négatif de la population à l'égard des personnes présentant un trouble mental [...] le phénomène du « pas dans ma cour »* constituent des obstacles majeurs à l'intégration sociale et à la qualité de vie des personnes et contribuent à maintenir celles-ci dans l'isolement et l'exclusion sociale.¹⁵

¹⁴ Voir pages 55 à 129 du Rapport du CSBE.

¹⁵ Voir page 56 du Rapport du CSBE.

Un passage éloquent sur la stigmatisation des personnes dans le réseau public

Au sein du réseau de la santé, « [...] les personnes atteintes doivent fournir plus d'efforts pour se faire entendre lorsqu'elles se présentent dans un établissement du réseau. Les organismes de défense des droits en santé mentale rencontrés témoignent aussi d'un double standard, d'un traitement différentiel entre les patients des services de santé physique et ceux des services de santé mentale [...] Cette stigmatisation se manifeste entre autres par la perception d'un manque d'intérêt de la part des intervenants pour l'histoire ou l'opinion de l'usager; l'impression que les intervenants ne croient qu'en un seul traitement pour tous, ce qui laisse peu de place ou discrédite les thérapies alternatives; le diagnostic donné avec un pronostic d'emblée négatif; la perception d'être définis par leurs intervenants uniquement par leur maladie ou leurs déficits, qui mettent de côté leurs forces; etc. [...] Si elle tente de négocier le dosage de ses médicaments, si elle manifeste un désaccord avec l'autorité médicale ou si elle tente de faire comprendre ses malaises physiques ou les effets secondaires de ses médicaments, il arrive parfois que l'intervenant n'accorde pas suffisamment d'importance à ces éléments d'expérience subjective et qu'il se contente de les considérer comme des symptômes du trouble mental, plutôt que comme l'expression d'une volonté et l'exercice du libre arbitre. Dans de tels cas, la personne se sent piégée, dépouillée de son autonomie, de son libre arbitre et de sa capacité de jugement [...]. Ce déficit de crédibilité place la personne dans la position inférieure d'un rapport de force entre elle et son intervenant. Selon les usagers et les intervenants de défense des droits consultés, cela se traduit notamment par le fait de devoir fournir plus d'efforts pour se faire entendre, pour réclamer une écoute attentive ou pour obtenir la confiance de la part de son intervenant. Même la volonté de défendre ses droits est parfois ramenée à des symptômes de maladie. »¹⁶

Le RRASMQ croit que la stigmatisation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale provient en grande partie de l'importance accordée au diagnostic. D'ailleurs, la majorité des membres du Forum de consultation reconnaît que le diagnostic peut devenir une étiquette et masquer la personne derrière le nom de sa maladie »¹⁷.

Le RRASMQ considère que la lutte à la stigmatisation passe par une remise en question de la place qu'occupent le diagnostic et la médicalisation dans la culture du réseau public en santé mentale. Le Regroupement partage le constat de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé selon lequel « les campagnes mettant l'accent sur le caractère biologique de la maladie mentale ne semblent pas avoir été efficaces et

¹⁶ Voir pages 56 et 57 du Rapport du CSBE.

¹⁷ Voir page 43 du Rapport du CSBE

auraient même aggravé le problème. »¹⁸ Pour le RRASMQ, en mettant les problèmes de santé mentale sur le même pied que les maladies physiques on a peut-être voulu dédramatiser certaines situations et amener des personnes à « *sortir du placard* ». Force est de constater que cette approche a cependant contribué à stigmatiser beaucoup de personnes qui les vivent. Ce qui nous fait dire que ce n'est pas tant la « *maladie mentale* » qu'il faut déstigmatiser que les personnes elles-mêmes.

De plus, le Regroupement considère que la lutte aux inégalités socioéconomiques et à l'exclusion ainsi que des politiques visant la reconnaissance du droit à la différence et à l'égalité des chances et des droits pour toutes et pour tous constituent les meilleurs axes pour lutter contre la stigmatisation. La pleine citoyenneté est l'objectif à atteindre.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
1. METTRE À CONTRIBUTION LE RÉSEAU COMME UN LEVIER PRIVILÉGIÉ POUR ACCENTUER LA LUTTE À LA STIGMATISATION	
<p>1.1. Rendre disponibles à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux des programmes de sensibilisation et d'information relatifs à la réalité vécue par les personnes ayant des troubles mentaux et par les membres de leur entourage.</p>	<p>Tout en partageant la nécessité de mieux former l'ensemble des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, le RRASMQ croit que les programmes de sensibilisation et d'information doivent inclure une perspective critique face à la pertinence des diagnostics et de la médicalisation. Les programmes de sensibilisation doivent aussi viser d'autres acteurs gouvernementaux et sociaux (Ex. : MESS, Sécurité publique, Justice, forces policières, journalistes...).</p>
<p>1.2. Diversifier les stratégies de lutte à la stigmatisation au sein du réseau :</p> <p>1.2.1. en favorisant la stratégie de contact avec des personnes atteintes et des membres de leur entourage;</p> <p>1.2.2. en accentuant la participation des pairs aidants dans les soins et services en santé mentale.</p>	<p>En ce qui concerne les stratégies de lutte à la stigmatisation, le Regroupement considère fondamental de donner la parole aux personnes qui vivent ou ont vécu un problème de santé mentale. En ce sens, le Gouvernement du Québec doit mettre en places des mesures concrètes pour encourager et faciliter la participation</p>

¹⁸ Voir page 59 du Rapport du CSBE.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
	citoyenne des personnes au sein des instances publiques, prioritairement à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi dans les autres forums citoyens.

La promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes de santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé **la promotion de la santé** est « *un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes (OMS, 1999).* » **La promotion de la santé mentale** « *réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités (INSPQ, 2008)* » elle cible « *l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celle des individus (INSPQ, 2008). La promotion de la santé mentale consiste donc, entre autres, à agir sur les déterminants des troubles mentaux et les déterminants sociaux de la santé [...]* »¹⁹

Pour promouvoir la santé mentale, il est nécessaire d'interpeller et d'impliquer plusieurs acteurs, venant de différents secteurs de la société. Ceux-ci doivent travailler de manière concertée dans le but de créer des environnements favorables à une bonne santé mentale.

La prévention de la maladie « *vise à empêcher l'apparition de la maladie, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences (OMS, 1999) [...] La prévention des troubles mentaux vise ainsi à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition de problèmes (OMS, 2004).* »²⁰

Le RRASMQ fait partie des acteurs consultés pour qui « *il est impératif de reconnaître collectivement que la santé mentale et son maintien constituent un investissement social majeur.* » La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux

¹⁹ Voir page 65 du Rapport du CSBE.

²⁰ Voir page 65 du Rapport du CSBE.

interpellent plusieurs secteurs, dont les efforts doivent être concertés autour d'objectifs communs. La promotion de la santé mentale doit devenir une priorité d'action, de financement et de concertation intersectorielle. En mai 2012, dans le cadre de la Semaine nationale sur la santé mentale, une coalition d'organismes communautaires nationaux lançait une campagne de sensibilisation et de mobilisation visant à faire des déterminants de la santé **le fil conducteur** pour l'élaboration des politiques gouvernementales, dont le prochain plan d'action en santé mentale. Cette campagne a reçu l'appui de plusieurs centaines d'organismes sociaux et d'individus. En décembre, cette coalition a invité l'ensemble des parlementaires québécois à élaborer l'ensemble des politiques gouvernementales en tenant compte des impacts sur les déterminants sociaux de la santé²¹.

*« Au Québec, il existe plusieurs programmes et initiatives en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. **Plusieurs acteurs rencontrés ont toutefois mentionné que la promotion de la santé et la prévention des troubles mentaux devraient être une priorité sur le plan politique et qu'un travail interministériel permettrait de mettre en place une approche structurée et cohérente à cet égard. Une stratégie en promotion de la santé et en prévention des troubles mentaux permettrait de développer des politiques favorables à la santé mentale et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être [...] »***²²

Pour le RRASMQ, la seconde grande recommandation du Commissaire est décevante, car elle ouvre la porte à des mesures plus axées sur le dépistage et l'étiquetage des personnes à risque. À notre avis, cette recommandation s'éloigne dangereusement de l'invitation lancée par l'Organisation mondiale de la santé qui prône des politiques et des actions globales structurantes en vue d'agir sur les déterminants économiques, sociaux, culturels et environnementaux qui affectent l'ensemble des citoyennes et des citoyens.

²¹ www.rrasmq.com/Determinants_sociaux.php

²² Voir page 72 du Rapport du CSBE.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
<p>2. AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX EN CIBLANT PRIORITAIREMENT LES ENFANTS ET LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS</p>	
<p>2.1. Développer et mettre en œuvre une stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux, qui met l'accent sur les enfants et les jeunes de moins de 25 ans.</p>	<p>Le RRASMQ considère qu'une véritable stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé mentale doit s'adresser à l'ensemble de la population et non seulement aux enfants et aux jeunes de moins de 25 ans.</p> <p>En outre cette stratégie doit viser à mettre en place des politiques et des mesures concrètes (Ex. : lutte à la pauvreté, bonification des prestations sociales, investissement accru dans logement social, abolition de la distinction entre apte et inapte, gratuité de l'éducation, amélioration des conditions de travail...). Ces mesures doivent permettre d'améliorer les conditions de vie des individus et des communautés en agissant sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent l'émergence et l'aggravation des problèmes de santé mentale.</p> <p>Le RRASMQ est d'avis que le développement d'une véritable stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé mentale doit mettre à contribution l'ensemble des acteurs de la société civile, dont les groupes communautaires.</p>

Le RRASMQ est d'avis que cette recommandation du Commissaire aurait ouvert davantage de perspectives si elle s'était inspirée de la défunte *Politique de santé et de bien-être*. Enfin, le Regroupement souhaite un meilleur arrimage, au sein des établissements, entre le mandat de dispenser des services répondant aux besoins des

populations et les actions à mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé global des communautés.

b. Recommandations concernant l'organisation des services

Compléter la mise en œuvre du PASM 2005-2010

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *La force des liens* visait à transformer en profondeur l'organisation et la dispensation des services de santé mentale. Ses principaux objectifs étaient d'impliquer activement les personnes usagères, d'améliorer l'accessibilité, la fluidité et la continuité des services. Sept ans plus tard, en l'absence d'un bilan complet qui se fait attendre, on peut tout de même affirmer que le PASM n'a pas atteint les objectifs qu'il avait établis. À cet égard, le Commissaire constate que : « *Tout au long des consultations, les personnes rencontrées ont insisté sur le fait que l'implantation des mesures prévues dans le PASM 2005-2010 est encore inachevée, tant en ce qui concerne le nombre de services implantés que leur arrimage. Les observations issues de l'évaluation de ce plan d'action, réalisée par le MSSS en 2010, vont dans le même sens.* »²³ Selon les données disponibles, on observe en effet que, dans la majorité des régions, deux ans après son expiration, à peine 50% des cibles fixées ont été atteinte.

Le RRASMQ partage le consensus observé par le Commissaire « *sur le bien-fondé du renforcement de la santé mentale dans les soins de première ligne [...] les services de première ligne doivent jouer un rôle déterminant dans l'organisation des services en santé mentale, tant ceux offerts dans les CSSS que ceux offerts dans les cabinets médicaux.* »²⁴ Les attentes sont très élevées quant au rôle des services de 1re ligne.

Pour les membres du Forum de consultation : « *il est important que la première ligne soit considérée comme la porte d'entrée du système de soins et services pour la population en général, mais également pour les personnes qui présentent des troubles modérés ou communs ainsi que des troubles graves de santé mentale. La première ligne a un rôle à jouer dans ce contexte : être à l'écoute des besoins exprimés et trouver les moyens pour y répondre ou diriger la personne vers la ressource appropriée. Les attentes des citoyens sont élevées à cet égard.* »²⁵

²³ Voir pages 75 à 79 du Rapport du CSBE.

²⁴ Voir page 74 du Rapport du CSBE.

²⁵ Voir page 75 du Rapport du CSBE.

L'efficacité des services de 1re ligne, en termes d'accessibilité, de fluidité et de continuité, est largement tributaire de la capacité des intervenants à coordonner leurs actions et à travailler en partenariat. À ce chapitre, le Commissaire constate « *à quel point le système est confronté à d'importants problèmes de coordination et d'arrimage entre les différents acteurs, programmes et organismes...* »²⁶

En guise d'exemple, le Commissaire observe que 50% des médecins de famille, qui sont pourtant la principale porte d'entrée aux services de santé pour les personnes confrontées à un problème de santé mentale, « *estiment n'avoir aucun contact avec l'un ou l'autre des dispensateurs de services de santé mentale (psychiatres, CLSC, psychologues en pratique privée, organismes communautaires, etc.). Enfin, 90 % des omnipraticiens participant à cette étude déclarent ne pas utiliser les organismes communautaires et les centres de crise [...]* »²⁷

Le RRASMQ partage l'affirmation du Forum de consultation voulant que « *les médecins [...] se doivent d'être entourés par d'autres intervenants et professionnels [...] ainsi que par des organismes communautaires du milieu...* »²⁸ Le Regroupement profite de ce constat pour rappeler que la mission des CLSC était justement d'assurer cet arrimage. À notre avis, les réformes des 10 dernières ont largement contribué à creuser le fossé qu'observe le Commissaire. Le Regroupement rappelle aussi que, au moment des consultations qui ont présidé à ces réformes, une large majorité des mémoires en provenance du milieu communautaire et des intervenants sociaux, disait craindre que la création des CSSS accentue le clivage entre le médical et le social.

Au niveau de l'accessibilité aux services pour les personnes « *qui utilisent le moins les services de santé mentale, par exemple les hommes, les personnes ayant des problèmes d'abus de substance, les personnes en situation de crise ou en situation d'itinérance* », dont les jeunes, le Commissaire signale la mise en place, au cours des dernières années, d'un certain nombre de projets novateurs. « *Ces différents projets ne visent pas exclusivement à joindre des jeunes, mais ils ciblent tout de même une clientèle qui, tout comme les jeunes, utilise moins les services de santé mentale.* »²⁹ **Le RRASMQ tient à souligner que certains de ces projets ont été initiés par des ressources communautaires et alternatives, particulièrement des projets adressés aux jeunes de la rue. Les**

²⁶ Voir page 85 du Rapport du CSBE.

²⁷ Voir pages 79 à 83 du Rapport du CSBE.

²⁸ Voir page 83 du Rapport du CSBE.

²⁹ Voir page 91 du Rapport du CSBE.

personnes intervenantes de ces organismes sont souvent les principaux acteurs impliqués auprès de ces personnes.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
<p>3. CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE</p>	
<p>3.1. Compléter le déploiement des équipes de santé mentale de première ligne et des guichets d'accès, tel qu'annoncé dans le PASM 2005-2010, tant pour les adultes que pour les moins de 18 ans.</p>	<p>À l'instar des acteurs institutionnels et communautaires ainsi que des personnes vivant un problème de santé mentale et leurs proches, le RRASMQ estime nécessaire de poursuivre la mise en œuvre inachevée du PASM 2005-2010.</p>
<p>3.2. Accroître le nombre de psychiatres répondants actifs dans les territoires de CSSS, conformément aux ententes intervenues avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec.</p>	<p>Toutefois, le Regroupement s'interroge sur la capacité du réseau institutionnel à atteindre les objectifs compte tenu des obstacles nombreux structurels à surmonter (arrimage des intérêts corporatistes, mécanismes de gestion de type « <i>managériale</i> », insuffisance des ressources humaines et financières, fonctionnement en silo...).</p>
<p>3.3. Systématiser la mise en place de mécanismes formels de liaison efficaces entre les différents prestataires de soins et services de santé mentale.³⁰</p>	<p>Ce questionnement du RRASMQ prend d'autant plus d'importance que, dans la réalité, l'organisation et la dispensation des services en santé mentale chevauchent deux directions ministérielles (services médicaux et services sociaux) et deux responsabilités au sein d'un réseau d'établissements qui ont de la difficulté à conjuguer le médical et le social.</p> <p>Relativement à la « <i>mise en place de mécanismes formels de liaison efficaces</i> »</p>

³⁰ Note à l'intention des membres du RRASMQ et des autres groupes communautaires concernant la recommandation 3.3 : Il faudra redoubler de vigilance afin que la systématisation souhaitée ne se traduise pas en une intégration forcée. L'établissement de mécanismes formels de liaison et de collaboration avec les groupes communautaires doivent se faire dans le respect de l'autonomie et la reconnaissance des pratiques alternatives et communautaires.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
	avec les ressources communautaires et alternatives, le RRASMQ croit nécessaire de rappeler que la base de toute collaboration est la reconnaissance de l'autonomie de celles-ci face au réseau public.
<p>3.4. Développer des stratégies et des approches novatrices permettant <u>l'identification des jeunes âgés de 16 à 25 ans aux prises avec des troubles mentaux.</u></p>	<p>Le RRASMQ est d'accord « <i>que les jeunes atteints de troubles mentaux doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des décideurs et des professionnels...</i> »³¹. Cependant, nous sommes inquiets des répercussions potentielles d'une <i>identification systématique des jeunes âgés de 16 à 25 ans aux prises avec des troubles mentaux</i>. Parmi les conséquences éventuelles, notons : une médicalisation accrue des jeunes, la mise en place de mesures préventives de contrôle, un accroissement de la judiciarisation et d'institutionnalisation forcée... Sans parler, que la constitution systématique de dossiers accroît les risques en matière de confidentialité et de protection de la vie privée.</p>
<p>3.5. Revoir l'offre de services dans le secteur de la santé mentale pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans, en se basant sur les besoins, afin d'assurer des passerelles flexibles entre les services qui s'adressent aux moins de 18 ans et ceux offerts pour la clientèle adulte.</p>	<p>Le RRASMQ croit qu'une réflexion majeure est nécessaire avant de mettre en place des mesures d'identification systématique. À notre avis, de telles mesures pourraient contribuer à accroître la stigmatisation, la marginalisation et l'exclusion des jeunes.</p>

La valorisation de la contribution des organismes communautaires³²

Le RRASMQ accueille avec satisfaction les nombreux constats du rapport concernant le manque de reconnaissance du rôle majeur joué par les groupes communautaires. « *Les nombreux témoignages recueillis par le Commissaire sur ce sujet confirment d'ailleurs*

³¹ Voir pages 93 et 94 du Rapport du CSBE.

³² Voir pages 94 à 100 du Rapport du CSBE.

« Les organismes communautaires jouent un rôle clé en santé mentale, particulièrement à l'égard des services de première ligne et auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais certains organismes se sont aussi spécialisés auprès de ceux présentant davantage des troubles mentaux modérés. Une étude a permis de recenser au Québec 403 organismes communautaires en santé mentale [...], majoritairement de petits organismes (50 % ont un budget de moins de 200 000 \$/année), subventionnés par le MSSS (au moyen du programme de soutien aux organismes communautaires). Ils offrent des services diversifiés, tels que du soutien d'intensité variable, de l'entraide, de l'hébergement, du traitement dans la communauté et de l'intégration au travail, et ils privilégient une pluralité de pratiques (RRASMQ, 2006). »

CSBE, 2012, État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, page 138

l'importance que prennent les organismes communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille. En plus de susciter de l'espoir et de motiver les usagers dans leur processus de rétablissement et de réinsertion sociale et professionnelle, ces organismes ont l'avantage d'offrir des services de soutien souples et personnalisés, qui répondent aux besoins des usagers et de leur famille. »³³ « De manière générale, ces organismes participent à améliorer les conditions et la qualité de vie de la population et favorisent la solidarité et la transformation sociales. [...] Depuis l'instauration de la Politique de santé mentale du MSSS, en 1989, ils sont reconnus comme des partenaires incontournables dans la dispensation des services de santé mentale, plus particulièrement pour la défense des droits et l'intégration sociale. »³⁴

« Principalement financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires⁴³ (PSOC) du MSSS, les organismes communautaires en santé mentale offrent une gamme de services et d'activités très variés, comme l'entraide, le soutien, l'hébergement (pour des situations de crise, de transition, etc.), l'intervention de crise, la prévention du suicide, l'accès et le soutien au logement et au travail, la prévention et l'éducation, ainsi que la défense des droits. Ils s'appuient sur une pluralité d'approches et de

pratiques d'intervention (meilleures pratiques, pratiques innovantes ou alternatives, etc.). »³⁵

³³ Voir pages 96 et 97 du Rapport du CSBE.

³⁴ Voir pages 94 et 95 du Rapport du CSBE.

³⁵ Voir page 95 du Rapport du CSBE.

Le rapport décrit les nombreuses facettes de la contribution des ressources communautaires et alternatives en santé mentale :

- « [...] ils outillent et soutiennent les personnes atteintes de maladie mentale dans leur processus de rétablissement et d'intégration sociale, ainsi que leur famille, grâce à une gamme de services complémentaires à ceux offerts par le réseau public [...] facilement accessible [...] dispenseraient des services à des individus qui n'utilisent pas le réseau public ou, encore, qui n'y ont pas accès. »
- « Les personnes ayant recours à leurs services, en particulier les groupes d'entraide³⁶, auraient tendance à utiliser plus judicieusement les services de santé mentale du réseau public. Quant aux hospitalisations, elles seraient moins nombreuses parmi les individus ayant un trouble mental qui se prévalent des services offerts par ce type d'organismes (groupes d'entraide ou groupes de soutien par les pairs) [...] »
- « Certains services de santé mentale donnés dans la communauté seraient également moins chers que ceux dispensés dans les hôpitaux. »
- « Il est démontré que le recours à des groupes d'entraide ou de soutien par les pairs favorise une réduction des symptômes et une amélioration de la qualité de vie, accroît la confiance en soi et la capacité à communiquer avec les autres [...] et améliore le soutien social de l'utilisateur [...] »³⁷

Cependant, le RRASMQ tient à faire remarquer que ce n'est pas le premier document gouvernemental qui traite de manière positive et pertinente de la contribution essentielle des organismes communautaires à la société québécoise, notamment dans le domaine de la santé mentale.

Malgré l'ensemble des constats sur le rôle essentiel joué par les ressources communautaires et alternatives en santé mentale, le Commissaire fait état des **défis et des enjeux** auxquels les organismes sont confrontés :

- « [...] leurs services et leur expertise sont encore peu connus des médecins, particulièrement des médecins de famille, et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux [...] »

³⁶ Malgré l'importance qu'ils jouent et le nombre de personnes qu'ils rejoignent, les groupes d'entraide sont, parmi l'ensemble des groupes communautaires, les organismes les moins bien soutenus financièrement par l'État québécois et ceux qui ont le plus de difficulté à faire reconnaître leurs pratiques. De plus, le RRASMQ a constaté que, depuis quelques années, bon nombre d'établissements publics mettent sur pied leurs propres services d'entraide. Ceci a pour conséquence d'instaurer une compétition malsaine avec les ressources d'entraide existantes.

³⁷ Voir pages 96 et 97 du Rapport du CSBE.

- « *il existe toujours des tensions entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel, notamment en regard de la reconnaissance de l'expertise professionnelle développée par les organismes communautaires au cours des quarante dernières années et du respect de leur autonomie.* »

Le rapport du Commissaire reconnaît que le soutien financier accordé aux ressources communautaires et alternatives en santé mentale, est insuffisant : « [...] *il demeure toujours insuffisant, de l'opinion de la plupart des personnes et des groupes rencontrés [...] Ainsi, le financement global des organismes communautaires, par rapport à la dépense totale du programme en santé mentale (incluant les services généraux et la santé publique), est passé de 9,4 % en 2005-2006 à 8,8 % en 2010-2011 (MSSS, 2012d). Il se trouve donc en deçà de la cible fixée d'au moins 10 % par le PASM 2005-2010 [...] De plus, il existe une disparité régionale importante en matière de financement alloué à ces organismes, qui varie de 5,9 % à 15,7 % [...]* »^{38,39}

Il reconnaît aussi que ce sous-financement a des impacts importants sur la quantité et la qualité des services offerts à la population. « *Parce que ce sous-financement rend de plus en plus difficiles le recrutement et la rétention du personnel, les organismes communautaires en santé mentale ont de plus en plus de difficulté à répondre aux demandes des personnes atteintes et à celles de leur famille.* »⁴⁰

À propos de la recommandation du Commissaire

Le Commissaire recommande de rehausser le financement des groupes communautaires en santé mentale à la hauteur de la cible qui était prévu dans le PASM 2005-2010. Rappelons que le PASM réitérait l'objectif formulé en 1997, dans le *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*. La cible 10% a donc plus de 15 ans. Elle ne correspond plus à la réalité. Par conséquent, **la recommandation du Commissaire sous-évalue l'ampleur des besoins réels des ressources alternatives et communautaires.**

Le RRASMQ considère que, même si la part de l'enveloppe globale en santé mentale atteignait la cible de 10%, cela serait insuffisant pour combler l'écart entre les besoins financiers exprimés par l'ensemble des ressources alternatives et communautaires en

³⁸ Voir pages 97 et 98 du Rapport du CSBE.

³⁹ Voir aussi le document du CSBE, *État de situation sur la santé mentale au Québec et sur la réponse du système de santé et de services sociaux*, page 144.

⁴⁰ Voir pages 97 et 98 du Rapport du CSBE.

santé mentale dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires et la subvention annuelle qui leur est octroyée.

Dans le contexte actuel de croissance annuelle du budget en santé mentale, la recommandation ne permet pas un réel accroissement de la capacité d’agir des ressources alternatives et communautaires. Il faudrait que le financement global en santé mentale augmente de manière très significative pour permettre d’atteindre rapidement la cible dans la majorité des régions du Québec. À défaut d’un tel accroissement, le financement des groupes communautaires en santé mentale est condamné à des hausses peu importantes et même à la stagnation dans les régions où le pourcentage avoisine ou dépasse le 10%.

Pour le RRASMQ, il faudrait revoir la cible à atteindre ainsi que la méthode de calcul. Le RRASMQ partage le point de vue des membres du Forum de consultation, lesquels estiment que le « *financement est insuffisant, notamment dans le secteur communautaire, qui fournit de nombreux services en santé mentale. Selon plusieurs membres, ce n’est pas tant le partage des responsabilités qu’on doit revoir, que l’allocation des ressources dans le système, car il est fondamental que ces ressources soient suffisantes.* »⁴¹

Le RRASMQ ne croit pas que la méthode du pourcentage de l’enveloppe global en santé mentale soit la meilleure manière de permettre la consolidation du financement actuel des groupes communautaires et alternatifs en santé mentale dans l’ensemble du Québec. Le RRASMQ ne croit pas non plus que c’est la voie à emprunter pour assurer un financement suffisant et équitable des services publics et des activités communautaires et alternatives en santé mentale.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
3. CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE	
3.6. Rehausser le financement des organismes communautaires en santé mentale à la hauteur de ce qui était prévu dans le PASM 2005-2010.	Le RRASMQ considère que la cible de 10% fixée dans le PASM 2005-2010 est caduque. Elle ne répond plus à la réalité des besoins. Elle ne permet pas non plus de combler l’écart entre les besoins exprimés dans les demandes

⁴¹ Voir page 98 du Rapport du CSBE.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
	<p>PSOC et les subventions octroyées.</p> <p>Pour le RRASMQ, le MSSS doit mettre en place des mécanismes pour chercher à combler l'écart entre le soutien financier demandé par les groupes communautaires et celui qui leur est octroyé dans le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale font appel à de nombreux types d'organismes communautaires (Ex. : organismes en itinérance, en dépendance, centres de femmes, cuisines collectives, Auberges du cœur, ressources d'urgence sociale et multi problématiques, etc.). Le RRASMQ considère qu'il est nécessaire que le MSSS améliore la capacité d'agir de l'ensemble des organismes communautaires qui répondent à leurs besoins.</p>

La diversification du panier de services

a) Pour un accès universel à la psychothérapie

Le RRASMQ est d'accord avec le constat général du Rapport du Commissaire voulant que le recours aux médicaments psychotropes constitue le principal moyen de traitement utilisé en santé mentale. *« La réponse aux besoins « biopsychosociaux » des personnes atteintes de troubles mentaux occupe une position capitale dans le secteur de la santé mentale [...] Pourtant, encore aujourd'hui, les médicaments psychotropes sont bien souvent la seule option que sont en mesure de proposer les omnipraticiens aux usagers en détresse psychologique [...] le Commissaire à la santé et au bien-être a été à même de constater à quel point le manque d'alternatives au traitement pharmacologique des troubles mentaux fait consensus, et ce, tant dans la littérature que parmi les différents acteurs consultés. Une majorité d'entre eux, dont plusieurs ordres professionnels, usagers et membres du Forum de consultation, déplorent le peu d'accessibilité aux interventions et*

aux approches de type psychosocial, avant tout à la psychothérapie, ce qui aurait pour effet de nuire au rétablissement des personnes ayant des maladies mentales. »⁴²

Pour le RRASMQ, l'enjeu de la médicalisation est central. Le Regroupement partage les questionnements soulevés par bon nombre des personnes usagères et intervenantes : « *Est-ce que les médicaments sont utilisés adéquatement ? Y a-t-il surmédicalisation chez les personnes ayant des troubles de santé mentale ? Certains membres ont l'impression que les médicaments sont parfois prescrits rapidement, surtout pour les troubles communs ou modérés. [...] Les prescriptions de médicaments semblent être privilégiées, au lieu d'autres types d'interventions, par exemple des approches cliniques psychosociales telles que la psychothérapie.* »⁴³

La recommandation du Commissaire à l'effet d'universaliser l'accès à la psychothérapie représente une voie intéressante pour diversifier le traitement des problèmes de santé mentale et répondre adéquatement aux besoins des personnes. Le RRASMQ partage les constats du Rapport du Commissaire : « *[...] la psychothérapie serait appréciée de la population, tandis que les psychotropes auraient tendance à être rejetés par une majorité d'individus [...] plusieurs études montrent que la plupart des patients consultant un omnipraticien pour des problèmes émotifs ou psychologiques préfèrent se voir offrir une psychothérapie plutôt que des antidépresseurs.* »⁴⁴ **Soulignons que, dans son évaluation des impacts de la mise en œuvre du PASM 2005-2010 ainsi que lors de ses interventions au moment des consultations par le Commissaire, le RRASMQ avait souligné l'importance de reconnaître les pratiques thérapeutiques non médicamenteuses.**

Toutefois, le Regroupement est d'avis que, en plus de la psychothérapie, le réseau de la santé devrait manifester une plus grande ouverture envers l'entraide en tant que pratique alternative, aux pratiques alternatives de traitement ainsi qu'à la Gestion autonome de la médication (GAM)⁴⁵. Le RRASMQ considère les pratiques non médicamenteuses, en plus de répondre à des besoins exprimés par les personnes, ont des

⁴² Voir page 101 du Rapport du CSBE.

⁴³ Voir page 101 du Rapport du CSBE.

⁴⁴ Voir page 103 du Rapport du CSBE.

⁴⁵ Le mouvement alternatif s'oppose à l'approche médicale de la psychiatrie et à la relation de pouvoir entre le « professionnel expert » et l'utilisateur. Il préconise une approche holistique des troubles mentaux et des relations égalitaires entre l'utilisateur et le distributeur de services ainsi que le respect de l'autonomie et des capacités de l'individu (CHAUME, C. *Les pratiques alternatives en santé mentale : un portrait de notre différence*, RRASMQ 142 p., 1988)

impacts bénéfiques sur le bien-être des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Pour le RRASMQ, la recommandation du Commissaire à l'égard de la psychothérapie répond en partie aux attentes exprimées dans le cadre de ses consultations. Cependant, parmi les divers acteurs consultés, plusieurs ont manifesté un intérêt pour d'autres approches et pratiques : « [...] *psychothérapie, groupes d'entraide, approches communautaires, médecines douces et autres approches complémentaires, sans oublier l'action visant les déterminants sociaux, économiques ou organisationnels pouvant affecter la santé mentale.* »⁴⁶

Toutefois, le RRASMQ soulève deux enjeux importants relatifs à la mise en œuvre de cette recommandation du Commissaire. Premièrement, le risque que l'accès à la psychothérapie « publique » ne soit réservé qu'à certains types de problème de santé mentale, en fonction du diagnostic. Deuxièmement, le Regroupement s'interroge sur l'arrimage entre le secteur public et le secteur privé au niveau des services de psychothérapie. À l'heure actuelle, la grande majorité des services de psychothérapie est dispensée par des praticiens du secteur privé. Ces services sont disponibles pour une clientèle qui bénéficie d'une assurance privée liée à leur emploi. Les établissements publics disposent quant à eux de ressources limitées et dispensent des services à des personnes non assurées. Cette situation peut induire des différences notables au niveau du temps d'attente et l'ampleur des traitements (Ex. : le nombre de séances auquel les personnes ont accès...).

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
4. DIVERSIFIER LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE EN GARANTISSANT UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE	
4.1. Évaluer les différents modèles organisationnels qui permettraient de donner accès à la psychothérapie pour toute personne ayant un trouble mental requérant une psychothérapie.	Le RRASMQ accueille avec satisfaction cette recommandation, car elle ouvre la porte à la reconnaissance d'autres pratiques thérapeutiques non médicamenteuses, dont l'entraide, la Gestion autonome de la médication et les pratiques alternatives de traitement.
4.2. Déterminer les modalités de	

⁴⁶ Voir page 42 du Rapport du CSBE.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
financement requises pour la mise en œuvre d'une telle mesure.	

c. Recommandations concernant le leadership du ministre de la Santé et des Services sociaux

À la lumière des constats que dresse le Rapport du Commissaire sur les résultats de la mise en œuvre du PASM 2005-2010 *La force des liens*, particulièrement en ce qui a trait aux mesures liées à l'intégration sociale, le RRASMQ considère que les recommandations du Commissaire sont plutôt timides. Elles n'offrent aucune nouvelle perspective permettant une amélioration du leadership des instances du Ministère de la santé et des services sociaux concernés par la santé mentale, ni d'assurer une meilleure concertation entre l'ensemble des acteurs impliqués. En matière de leadership, les recommandations s'inscrivent dans une perspective de « poursuite des efforts entrepris et des mécanismes en place ».

À propos du soutien dans la communauté

Bon nombre de groupes communautaires en santé mentale doivent leur origine à la nécessité de soutenir les personnes dans la communauté. Depuis plus de 30 ans, les ressources ont développé des pratiques de soutien et de traitement « ailleurs » que dans les établissements psychiatriques. Pourtant, ces pratiques ont de la difficulté à être reconnues comme équivalentes aux mesures de « *soutien d'intensité variable* » mise en place dans le réseau public au cours des dernières années. « *Alors que le suivi intensif doit nécessairement être pris en charge par un établissement du réseau public (en raison de la présence d'un psychiatre dans l'équipe), le soutien d'intensité variable peut être assumé tout autant par un organisme public que par un organisme communautaire, constitué exclusivement ou non pour offrir un tel service. Ainsi, le premier organisme à offrir un service de soutien d'intensité variable au Québec a été l'organisme communautaire Maison les Étapes (Forward House) en 1957.* »⁴⁷

Le Forum de consultation du Commissaire reconnaît le rôle essentiel joué par les groupes communautaires en matière de suivi dans la communauté : « *Les membres du Forum sont*

⁴⁷ Voir page 101 de l'État de situation sur la santé mentale au Québec et sur la réponse du système de santé et de services sociaux.

d'avis que le suivi dans la communauté constitue une réponse plus humaine et plus personnalisée aux besoins de l'individu. Il faut également prévoir des ressources, par exemple des services de crise, pour répondre de façon ponctuelle à certaines situations. Dans le secteur de la santé mentale, d'une part, des services de qualité et, d'autre part, des services stables dans la communauté sont essentiels. C'est pourquoi il faut compter sur les organismes communautaires et veiller à leur pérennité. »⁴⁸

Toutefois, dans son Rapport, le Commissaire constate que : « [...] l'implantation et le développement des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, de même que l'intégration des pairs aidants, présenteraient des disparités importantes d'une région à l'autre du Québec. Les personnes consultées considèrent donc qu'il est essentiel de poursuivre le travail afin de compléter la mise en place de ces équipes. »⁴⁹ Concernant le soutien d'intensité variable, l'État de situation sur la santé mentale au Québec et sur la réponse du système de santé et de services sociaux précise : « Quant aux équipes de soutien d'intensité variable, d'importants retards dans leur développement s'observent également. En 2009-2010, l'objectif n'est atteint qu'à 29,5 %. Les régions où ces équipes sont les plus développées sont l'Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, alors que les retards sont les plus marqués à Laval et au Bas-Saint-Laurent [...] Les organismes communautaires dispensent aussi du soutien d'intensité variable. L'importance de leurs services se fait notamment sentir dans quatre régions sociosanitaires : Abitibi-Témiscamingue, Montréal, Montérégie et Nord-du-Québec. »⁵⁰ L'État de situation mentionne aussi la difficulté « d'avoir une vision claire de l'offre du soutien d'intensité variable par les organismes communautaires à partir des données administratives du MSSS. »⁵¹

À partir de son propre suivi de la mise en œuvre du PASM 2005-2010, le RRASMQ a observé que, bien souvent, la non-reconnaissance des pratiques de soutien dans la communauté des groupes communautaires se traduit un dédoublement de service. Les équipes de SIV des CSSS ciblent des personnes qui bénéficient déjà d'un soutien équivalent dans le groupe communautaire qu'elles fréquentent. Le RRASMQ a identifié

⁴⁸ Voir pages 97 du Rapport du CSBE.

⁴⁹ Voir page 117 du Rapport du CSBE.

⁵⁰ Voir page 148 de l'État de situation sur la santé mentale au Québec et sur la réponse du système de santé et de services sociaux.

⁵¹ Voir page 148 de l'État de situation sur la santé mentale au Québec et sur la réponse du système de santé et de services sociaux.

les principales difficultés liées à la reconnaissance pleine et entière des pratiques de soutien dans la communauté des ressources alternatives et communautaires :

- Plusieurs agences de santé et de services sociaux et de CSSS ne reconnaissent pas que les pratiques de soutien dans la communauté des organismes communautaires sont équivalentes au soutien d'intensité variable (SIV). Le soutien d'intensité variable est considéré comme une responsabilité exclusive des établissements publics.
- Les paramètres de pratiques du SIV identifiés par le Centre national d'excellence en santé mentale (CESM) s'arriment parfois difficilement avec les façons de faire des ressources alternatives et communautaires.
- Les ressources alternatives et communautaires sont réfractaires au financement par entente de services avec les CSSS.

Le RRASMQ croit que les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale doivent avoir accès à un large éventail de ressources de soutien dans la communauté. Même si les pratiques de soutien développées par les ressources alternatives et communautaires ne répondent pas en tout point au modèle et au cadre de pratique du SIV, le RRASMQ croit qu'elles doivent être analysées sous l'angle de leur contribution au maintien des personnes dans la communauté et de l'amélioration de leurs conditions de vie.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
<p>5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE</p>	
<p>5.1. Poursuivre et intensifier l'implantation des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable pour l'ensemble des territoires de CSSS dans les régions du Québec pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.</p>	<p>Le RRASMQ est d'avis que l'amélioration du soutien dans la communauté offert aux personnes « ayant des troubles mentaux graves » passe par une reconnaissance accrue de l'expertise des ressources alternatives et communautaires. Pour le RRASMQ les établissements publics ne doivent dédoubler des services communautaires de soutien dans la communauté lorsque ceux-ci existent déjà.</p> <p>L'arrimage public / communautaire au niveau du soutien dans la communauté doit respecter l'autonomie et la spécificité des pratiques</p>

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRSMQ
	communautaires et éviter d'imposer des normes de pratique standardisées.

Bilan des mesures d'intégration sociale du PASM 2005-2010

La principale mesure prévue dans le PASM 2005-2012 pour s'adresser aux problèmes d'intégration et de maintien à l'emploi, de soutien à l'éducation et d'accès à un logement a consisté à mettre en place des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux. Le résultat de cette mesure est questionnable : « *Les consultations menées par le Commissaire, de même que les constats de l'évaluation du PASM 2005-2010, suggèrent que les mesures visant l'intégration sociale et, dans une moindre mesure, celles du soutien dans la communauté sont loin d'être complètement implantées, et ce, même si leur importance pour les personnes ayant des troubles mentaux graves est reconnue.* »⁵²

Le Rapport dresse un constat peu reluisant : « *L'intégration au travail des personnes atteintes de troubles mentaux graves est toutefois, encore aujourd'hui, grandement problématique, puisque 80 % à 90 % d'entre elles se retrouvent sans emploi. L'aide sociale représente généralement leur unique source de revenus*⁵³ [...] *Le pourcentage de personnes qui ont un trouble mental n'ayant pas accès à un logement convenable est aussi préoccupant : il est plus élevé que celui rencontré dans la population générale (27 % contre 15 %) [...] Or, on sait qu'avoir un logement, faire des études et obtenir un emploi sont des conditions essentielles à l'intégration sociale et au rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux graves [...]* »⁵⁴

a) Accès aux études

« *L'accès aux études – de même que leur réussite – est déterminant pour soutenir le rétablissement des personnes présentant des troubles mentaux. En effet, les études peuvent permettre de briser le cycle de la pauvreté, auquel sont particulièrement*

⁵² Voir page 115 du Rapport du CSBE.

⁵³ Parmi les personnes qui sont prestataires du Programme de solidarité sociale, programme qui vise à accorder une aide financière de dernier recours aux personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi, 42,2 % le sont pour des troubles mentaux, comparativement à 34,8 % qui le sont pour des problèmes d'ordre physique, auditif, visuel ou de la parole (MESS, 2012).

⁵⁴ Voir page 114 du Rapport du CSBE.

confrontées les personnes ayant des troubles mentaux, mais aussi de soutenir leur développement personnel et leur participation sociale [...] »⁵⁵

Le PASM 2005-2010 « visait à ce que le MSSS collabore avec le MELS et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) afin de mettre en place des mesures de soutien conjointes, pour permettre à des jeunes atteints de troubles mentaux de poursuivre leurs études [...] La cible était d'accroître le nombre de jeunes ayant bénéficié de mesures particulières de soutien dans leurs études. »⁵⁶

« Les résultats de l'évaluation du PASM 2005-2010 indiquent qu'il y a encore du travail à effectuer à l'égard du soutien aux études afin d'optimiser l'implantation de la mesure sur une base régionale et locale. Les consultations effectuées par le Commissaire arrivent d'ailleurs au même constat. »⁵⁷

b) Intégration au travail et soutien à l'emploi

Les mesures du PASM 2005-2010 visaient « à adapter les mesures d'insertion et de maintien au travail à la situation des personnes ayant un trouble mental grave et à faire tomber les barrières financières en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental grave. »⁵⁸

En se basant sur les observations du Commissaire, « cette mesure serait, à l'heure actuelle, encore peu implantée. Malgré plusieurs initiatives intéressantes dans certaines régions du Québec, et la mise sur pied du GPEITSM⁵⁹, force est de constater que les avancées concernant l'intégration au travail demeurent insuffisantes. »⁶⁰

Les programmes d'intégration en emploi, auxquels les personnes vivant un problème de santé mentale peuvent accéder souffrent depuis longtemps de la confusion entre les responsabilités du MSSS et du MESS. « L'analyse des programmes actuels visant

⁵⁵ Voir page 118 du Rapport du CSBE.

⁵⁶ Voir page 119 du Rapport du CSBE.

⁵⁷ Voir page 119 du Rapport du CSBE.

⁵⁸ Voir page 119 du Rapport du CSBE.

⁵⁹ Le GPEITSM a été mis en place en 2010 par l'AQRP, avec le MSSS, le MESS et les principaux experts des secteurs de la réadaptation psychosociale par le travail et de l'insertion et du maintien en emploi des personnes atteintes de maladie mentale. Son mandat consiste à favoriser une plus grande concertation, à effectuer un état de situation et à proposer des orientations encadrant l'organisation des services en cours et en développement en vue de concevoir un cadre de référence et un modèle d'organisation des services adaptés (AQRP, 2012).

⁶⁰ Voir pages 121 et 122 du Rapport du CSBE.

l'intégration en emploi des personnes atteintes de troubles mentaux graves mène à trois principaux constats :

- *la plupart des programmes existants ne seraient pas orientés vers l'intégration en milieu de travail régulier;*
- *les programmes et les mesures d'Emploi-Québec ne tiennent pas bien compte des besoins particuliers des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, à l'exception de certains services spécialisés de main-d'œuvre;*
- *les clientèles ont de la difficulté à passer des services de réinsertion socioprofessionnelle à des services de pré employabilité et de soutien en emploi. Cette difficulté serait attribuable aux lacunes concernant la rémunération des participants aux différents services d'intégration socioprofessionnelle et à un manque d'incitatifs financiers à intégrer un emploi à temps partiel (Harvey et autres, 2012). »⁶¹*

c) Accès au logement

Plusieurs études réalisées au fil des vingt dernières années illustrent l'importance du logement en tant que déterminant majeur de la santé. En santé mentale « *le logement constitue non seulement un déterminant majeur de la santé, mais il est également un pilier qui facilite le rétablissement [...] des études ont démontré que certains programmes, qui offrent la possibilité aux usagers de choisir leur lieu de résidence, influencent positivement leur stabilité résidentielle, ce qui contribuerait à diminuer les coûts directs et indirects des soins de santé.* »⁶²

Le PASM 2005-2010 insistait sur « *la nécessité d'offrir une variété de services résidentiels afin de répondre adéquatement aux besoins de logement des personnes ayant un trouble mental grave, en lien avec ses objectifs de diminuer le nombre de places en hébergement et d'augmenter le nombre de places dans des logements avec soutien.* »⁶³ L'objectif était d'améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome.

Selon le Rapport du Commissaire « *Il appert toutefois que cette mesure n'aurait pas été priorisée dans les faits. Les personnes consultées estiment que des efforts devront être consentis dans les prochaines années pour améliorer l'accès au logement autonome avec soutien des personnes atteintes de troubles mentaux graves.* »⁶⁴ De plus, le Rapport du

⁶¹ Voir pages 119 et 120 du Rapport du CSBE.

⁶² Voir page 122 du Rapport du CSBE.

⁶³ Voir page 122 du Rapport du CSBE.

⁶⁴ Voir page 125 du Rapport du CSBE.

Commissaire mentionne l'existence « *de contraintes qui limitent le redéploiement des ressources d'hébergement vers des logements autonomes ainsi que des besoins et des lacunes à travers l'ensemble des ressources d'hébergement destinées aux personnes atteintes d'un trouble mental [...] »*⁶⁵

Des recommandations peu structurantes

Le RRASMQ n'est pas étonné de ces constats. Il les attribue principalement à trois difficultés majeures. Premièrement, le peu d'importance accordé, dans le passé, aux déterminants sociaux dans l'intervention globale auprès des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Deuxièmement, la prédominance d'une culture de prise en charge dans le réseau institutionnel en santé mentale au détriment de pratiques d'intégration et de soutien dans la communauté. Ces deux premiers facteurs ont une incidence certaine sur le retard à combler et l'ampleur des mesures à mettre en œuvre en matière d'intégration sociale. Troisièmement, la difficulté d'arrimer l'ensemble des acteurs concernés (ministères, milieux institutionnels, acteurs communautaires et sociaux...) autour de politiques et de mesures consensuelles adaptées aux besoins spécifiques des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Cet obstacle est particulièrement criant dans les domaines de l'accès à l'éducation, à l'emploi et au logement.

Le RRASMQ déplore que le Rapport du Commissaire n'ait pas pris en considération les pratiques d'intégration sociale et de soutien dans la communauté développées par les ressources alternatives et communautaires en santé mentale. Alors qu'il décrit les modèles de suivi et de soutien d'intensité variable dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont la responsabilité, il est silencieux sur les pratiques communautaires de soutien dans la communauté. Ces pratiques jouent cependant un rôle significatif reconnu par les personnes. Pourtant, un bon nombre d'organismes communautaires, dont plusieurs groupes d'entraide, agissent de manière importante pour faciliter et soutenir le soutien dans la communauté des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Le RRASMQ note que, de manière générale, les pratiques communautaires de soutien dans la communauté ont de la difficulté à être reconnues et soutenues adéquatement.

En guise d'exemple, le Rapport du Commissaire présente deux initiatives en matière de logement : le Programme Clé en main et le Projet Chez soi. Ces initiatives sont fort

⁶⁵ Voir page 125 du Rapport du CSBE.

intéressantes. À plusieurs égards, les deux modèles se ressemblent. Le RRASMQ ne croit pas qu'ils soient applicables dans toutes les régions du Québec et dans tous les milieux de vie (urbain, semi-urbain, rural...). **Le Regroupement rappelle que le modèle unique et standardisé est le pire ennemi de la diversité des pratiques et de l'innovation.**

On évalue les besoins en logement autonome (avec ou sans soutien) pour les personnes vivant un problème de santé mentale à 12 000 logements. Or, il existe, un peu partout au Québec, des initiatives en matière de logement permanent qui ont fait leurs preuves et qui ont été mises en place en partenariat avec divers acteurs du milieu. D'autres sont en voie d'être créées. Les formes que prennent ces initiatives sont très diversifiées et les types de soutien varient avec les besoins des personnes [Ex. : logement partagé, OSBL d'habitation (*spécialisé en santé mentale* ou mixité de population), appartements supervisés gérés par l'organisme, achat et adaptation de bâtiments...]. L'émergence de ces initiatives est en lien avec la réalité des communautés où elles s'inscrivent.

De plus, le RRASMQ considère que l'évaluation des besoins en matière d'accès au logement ne doit pas être restreinte aux seules personnes hébergées dans des ressources non institutionnelles (RI et RTF). Le RRASMQ est d'avis que de futures orientations gouvernementales doivent se développer autour des axes suivants :

- a) l'accroissement du nombre de logements sociaux disponibles pour l'ensemble des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé;
- b) la reconnaissance d'une diversité de modèles résidentiels et de soutien en logement.

L'importance de l'action intersectorielle au Québec

Pour atteindre des résultats concrets et améliorer significativement les conditions de vie des personnes, « *les mesures de soutien dans la communauté et les mesures d'intégration sociale doivent, interpeller et mettre à contribution d'autres secteurs (ministères, municipalités, ressources communautaires, entreprises, etc.) que celui de la santé et des services sociaux.* »⁶⁶ Or, comme nous le mentionnions précédemment, un des obstacles importants dans la mise en œuvre du PASM 2005-2010 a justement été l'arrimage de l'ensemble des acteurs.

« *À ce sujet, les personnes consultées par le Commissaire ont souvent souligné la nécessité de mettre davantage à contribution l'action intersectorielle dans le secteur de la santé mentale, spécialement en ce qui concerne la mise en place de programmes ou de*

⁶⁶ Voir pages 125 et 126 du Rapport du CSBE.

pratiques visant l'intégration sociale (logement, emploi, études) des personnes atteintes de troubles mentaux. »⁶⁷ **Le Commissaire recommande de s'inspirer de la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, adoptée en 2009.** « Cette politique représente un engagement formel de la société québécoise pour soutenir la participation sociale de toute personne ayant une déficience occasionnant une incapacité significative et persistante, sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement de ses activités courantes. Elle vise à permettre le plein exercice de leurs droits et libertés en éliminant à la source les obstacles de tout ordre qui créent la situation de handicap. »⁶⁸

Pour le RRASMQ, cette recommandation peut constituer une avenue structurante intéressante susceptible d'amener davantage de cohérence et de cohésion aux actions intersectorielles dans le secteur de la santé mentale. Cependant, « les personnes atteintes de troubles mentaux ne se reconnaissent pas nécessairement sous le vocable de « personnes handicapées. »⁶⁹ Pour cette raison, le Regroupement estime que la mise en œuvre de cette recommandation nécessite, au préalable, l'existence d'un lieu de concertation spécifique réunissant l'ensemble des acteurs en santé mentale.

Le Comité santé mentale du Québec jouait ce rôle jusqu'à son abolition en 2003, dans la foulée de la dernière réforme du système de santé. Le RRASMQ croit que ministre de la santé et des services sociaux devrait songer à remettre en place ce comité, lequel pourrait aider à accroître le leadership du MSSS en santé mentale.

Le RRASMQ est aussi d'avis qu'il faudrait évaluer la perspective de doter le Québec d'une nouvelle politique gouvernementale en santé mentale accompagnée d'un véritable plan d'action interministériel. Le *fil conducteur* de cette nouvelle politique devrait être d'agir sur les déterminants sociaux en santé mentale. L'élaboration d'une telle politique devrait reposer sur l'ensemble des acteurs concernés, y compris les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé ainsi que les ressources alternatives et communautaires.

RECOMMANDATIONS DU CSBE

COMMENTAIRES DU RRASMQ

5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE

⁶⁷ Voir pages 125 et 126 du Rapport du CSBE.

⁶⁸ Voir page 126 du Rapport du CSBE.

⁶⁹ Voir page 126 du Rapport du CSBE.

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
<p>5.2. Amplifier les mesures de soutien aux études et à l'emploi, grâce à la collaboration des partenaires concernés, afin de mieux répondre aux besoins des personnes ayant un trouble mental en vue de leur rétablissement.</p>	<p>Ces recommandations vont dans le sens de la poursuite de la mise en œuvre du PASM 2005-2010.</p>
<p>5.3. Favoriser la mise en place d'un plus grand nombre de logements autonomes avec soutien, et ce, grâce à la collaboration des partenaires concernés.</p>	<p>Le RRASMQ considère que la suggestion du Commissaire à l'effet de s'inspirer des leviers de la Politique gouvernementale « À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité » représente une piste de travail intéressante pour favoriser un meilleur arrimage entre les différents acteurs gouvernementaux et de la société civile du domaine de la santé mentale.</p> <p>Outre le nécessaire arrimage entre les différents paliers de responsabilité et de services gouvernementaux (au niveau national, régional et local), le RRASMQ considère qu'il faut reconnaître les autres pratiques de soutien dans la communauté et de participation sociale développées par les ressources alternatives et communautaires particulièrement en ce qui concerne les pratiques d'entraide ainsi que les initiatives et les pratiques de soutien dans la communauté visant de logement social pour les personnes vivant un problème de santé mentale.</p>

Le développement d'une culture d'amélioration continue

« Depuis 25 ans, sous la pression de l'opinion publique et des contraintes financières auxquelles sont confrontés les systèmes de santé, plusieurs pays occidentaux se sont engagés dans des démarches d'évaluation de la performance, afin d'améliorer les systèmes et les services de santé ainsi que le bien-être de la population. »⁷⁰

⁷⁰ Voir page 126 du Rapport du CSBE.

Malgré le fait que le Québec dispose de différentes sources de données pour alimenter les indicateurs de performance, le Commissaire réitère un constat qu'il avait déjà énoncé sur : « [...] l'absence de certaines données essentielles, particulièrement de données cliniques et administratives, pour mesurer la performance du système de santé et la qualité des soins, alors que les indicateurs de performance disponibles, somme toute assez nombreux, visent surtout la reddition de comptes. [...] »⁷¹ « Dans son évaluation du PASM 2005-2010, le MSSS reconnaît cette lacune en matière de disponibilité de données dans le secteur de la santé mentale. Il note que les mécanismes de suivi de gestion prévus à l'intérieur du PASM, notamment les cibles et les indicateurs, n'ont pas été utilisés pour cette évaluation compte tenu de limites liées à la pertinence et à la validité des données (MSSS, 2012). »⁷²

Des consultations du CSBE, il ressort que, malgré que « l'on précise maintenant davantage de cibles à atteindre et d'indicateurs permettant d'évaluer les résultats, les pratiques et l'organisation des services dans le secteur de la santé mentale, les données disponibles pour faire de telles évaluations sont insuffisantes ou trop anciennes, alors que les modes de collecte de données sont encore trop peu standardisés à la grandeur du Québec. À titre d'exemple, les données concernant les temps d'attente pour avoir accès aux services des psychologues dans les CSSS ou pour avoir accès aux différents services de santé mentale à l'intention des enfants et des adolescents sont, selon certains acteurs du réseau rencontrés, encore lacunaires. Il en serait de même pour les données portant sur le recours à la loi P-38, sur l'utilisation des services du réseau communautaire ou encore sur la stigmatisation vécue par les usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux. »⁷³

Le RRASMQ partage l'opinion du Forum de consultation voulant que « l'évaluation et la recherche dans le secteur de la santé mentale doivent être poursuivies et encouragées, notamment par des moyens financiers. [...] l'évaluation de la performance des soins et services offerts permet d'améliorer la prestation de services ainsi que de connaître l'efficacité des différentes stratégies et approches thérapeutiques privilégiées. [...] »⁷⁴

Toutefois, le RRASMQ est d'avis qu'il faut revoir en profondeur la pertinence de certains indicateurs de performance actuellement utilisés. Il partage tout à fait les attentes nommées par de nombreux acteurs qui ont participé aux consultations. Ces

⁷¹ Voir page 126 du Rapport du CSBE.

⁷² Voir page 130 du Rapport du CSBE.

⁷³ Voir page 131 du Rapport du CSBE.

⁷⁴ Voir page 133 du Rapport du CSBE.

indicateurs « sont généralement trop axés sur les volumes (d'activités ou d'utilisateurs), au détriment d'indicateurs visant à mesurer la qualité des soins et services offerts, tels que l'attitude du personnel soignant ou la satisfaction des utilisateurs, et qu'ils sont peu adaptés à la mesure des avancées dans l'ensemble du secteur de la santé mentale. À ce sujet, plusieurs des personnes consultées demandent à ce que soient développés de nouveaux indicateurs qui témoigneraient des progrès accomplis en matière de résultats concrets de santé et de bien-être. Ces indicateurs pourraient porter sur le rétablissement des utilisateurs, les droits des personnes atteintes de maladie mentale et la participation des utilisateurs et de leur famille, tant en ce qui a trait aux décisions qui les concernent qu'aux décisions qui relèvent de l'organisation des services de santé mentale. »⁷⁵

D'emblée, le RRASMQ considère nécessaire que les personnes usagères et les proches soient impliqués dans les processus d'évaluation et de recherche. Ceux-ci peuvent grandement contribuer à l'avancement des pratiques et à l'amélioration des services.⁷⁶

RECOMMANDATIONS DU CSBE	COMMENTAIRES DU RRASMQ
<p>5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE</p>	
<p>5.4. Prioriser le développement et la consolidation d'indicateurs dans le secteur de la santé mentale, particulièrement des indicateurs témoignant de la réponse aux besoins et des résultats atteints quant à la santé et au bien-être des personnes ayant un trouble mental, en plus d'en assurer le déploiement.</p>	<p>Pour le RRASMQ, l'implication des utilisateurs et des proches dans l'élaboration des processus et des indicateurs est essentielle au développement d'une véritable culture d'amélioration des services.⁷⁷</p>

⁷⁵ Voir page 132 du Rapport du CSBE.

⁷⁶ PUQ, 2006, Lourdes Rodriguez et Als, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté – Changer de perspectives.*

⁷⁷ PUQ, 2006, Lourdes Rodriguez et Als, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté – Changer de perspectives.*

Conclusion

Pour le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), le Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux présenté par le Commissaire à la santé et au bien-être constitue un document de travail intéressant pour les prochaines années. Il dresse, de manière documentée, un portrait exhaustif de l'état actuel des services.

Cependant, le Rapport présente peu de nouvelles pistes concrètes intéressantes en vue d'améliorer les services en santé mentale. La majorité des recommandations est orientée vers la poursuite de la mise en œuvre du PASM 2005-2010. Au niveau des moyens, le Rapport s'avère plutôt timide.

Pour le RRASMQ, le Rapport offre quand même deux perspectives intéressantes :

1. l'accès à la psychothérapie qui peut ouvrir la voie à une diminution du recours aux médicaments psychotropes et à une reconnaissance des pratiques alternatives de traitement.
2. la proposition pour le secteur de la santé mentale s'inspire de la Politique gouvernementale *À part égale...* pour améliorer les mesures d'intégration sociale et d'amélioration des conditions de vie.

L'ensemble des propos sur le rôle essentiel joué par les ressources alternatives et communautaires devra se traduire par des gestes concrets de la part des instances gouvernementales.

Pour le RRASMQ, les analyses et les recommandations sont cependant perfectibles particulièrement en ce qui a trait à la vision des problèmes de santé mentale, à la place trop importante faite aux diagnostics et à la médicalisation, particulièrement quand il est question des difficultés de la vie courante et de certains problèmes sociaux. L'importance des déterminants sociaux apparaît toujours secondaire par rapport aux facteurs biomédicaux. Des pratiques sociales comme l'entraide et les pratiques alternatives de traitement comme la Gestion autonome de la médication apparaissent toujours comme marginales face aux interventions traditionnelles de prise en charge centrées autour des établissements publics.

Ce rapport soulève suffisamment de constats, d'interrogations et de points de vue pour constituer un cadre de réflexion susceptible d'entreprendre, à moyen et à long terme, un

changement de culture au sein du réseau de la santé mentale et, plus largement, au sein de la société québécoise dans son ensemble. Pour atteindre ce résultat, il est nécessaire que la contribution du Commissaire serve de base à des débats plus large à tous les niveaux de la société québécoise (politiques, institutionnels, communautaires, syndicaux, professionnels, chercheurs et chercheuses...).

Pour les ressources alternatives membres du RRASMQ, leurs alliés et, surtout, pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, le Rapport du Commissaire devrait ouvrir des forums de discussion, de réflexion et d'innovation en matière de déstigmatisation, de lutte aux préjugés et de renforcement de la citoyenneté.

