

Le rapport des ressources alternatives en santé mentale aux CSSS

**Compte-rendu de la recherche exploratoire
réalisée en collaboration**

Comité politique du RRASMQ

Équipe de recherche ÉRASME

De septembre 2007 à mai 2008

Rapport déposé à

l'Assemblée générale du RRASMQ

11 juin 2008

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les responsables des **47** ressources qui ont répondu au questionnaire de recherche. Nous savons le temps précieux que plusieurs y ont consacré malgré des horaires chargés et un personnel fort réduit.

Cette contribution est d'autant plus importante qu'elle constitue un premier pas vers une compréhension plus approfondie de ce qui se met en place au niveau local à travers les CSSS et les réseaux locaux de services. Le RRASMQ peut maintenant compter sur l'apport d'un nombre significatif de ses membres pour explorer les stratégies politiques qui découlent tant de la réalité vécue par les ressources alternatives «sur le terrain» que de l'analyse proposée par la recherche.

Le Comité politique du RRASMQ¹

- François Patenaude (Le Second lieu)
- Lorraine Michaud (La Bouffée d'Air) CA du RRASMQ
- Gaétan Landry (Centregens)
- Monique Goulet (L'Élan de Magog)
- Jocelyne Laverdure (L'Envolée)
- Geneviève Myles (Le CRI)
- Nadine Perron du RRASMQ
- Olivier René, chargé de projet, RRASMQ

L'équipe de recherche Érasme

- Lourdes Rodriguez
- Lorraine Guay
- Diane Gagnon

¹ Ne sont mentionnés que les membres du Comité politique ayant participé aux rencontres concernant ce projet de recherche

SOMMAIRE

En guise d'introduction	4
PARTIE I	5
Le contexte socio-politique	
1 Historique	
2 Rôle du communautaire	
3 Partenariat	
PARTIE II	11
Résultats de la recherche exploratoire	
1 Quelques rappels	
2 Résultats quantitatifs	
3 Résultats qualitatifs	
PARTIE III	24
Enjeux, défis, questionnements et approfondissements	
1 Diversité	
2 Participation et partenariat	
3 Rôle du communautaire versus le secteur public	
4 Reconnaissance	
5 Solidarité	
PARTIE IV	28
Les suites	
1 Politiques	
2 Formatives	
3 Recherche en collaboration avec Érasme	
 Annexe I Questionnaire	
 Annexe II Tableaux des résultats quantitatifs	

En guise d'introduction....

Depuis la création même du RRASMQ en 1983, le rapport des ressources alternatives en santé mentale au politique «institutionnel» i.e. à l'État et aux gouvernements successifs qui ont exercé le pouvoir a toujours constitué à la fois un sujet de préoccupation, un objet de débat interne entre les membres et un lieu d'intervention et d'action. Cela fait partie de la mission même du RRASMQ.

Pourquoi se préoccuper du politique ? Parce que les lois, les politiques, les programmes, orientations, les plans d'action des gouvernements influencent la vie des citoyens et citoyennes et la vie des organismes communautaires. En santé mentale par exemple, quand les gouvernements construisaient des hôpitaux psychiatriques pour soi-disant «soigner et guérir» les «malades mentaux», cela avait des conséquences énormes sur la vie des personnes psychiatisées....certaines mêmes en sont mortes ! Les orientations gouvernementales ont aussi une influence directe sur les services eux-mêmes (leur organisation, leur fonctionnement, leur qualité, etc.) Et quand ces orientations viennent légitimer et renforcer une approche dominante – par exemple l'approche bio-psychiatrique- dans un domaine aussi controversé que celui de la santé mentale, cela a d'énormes répercussions sur la vie des personnes concernées. C'est le rôle du RRASMQ de se préoccuper de cette situation.

Mais en retour, les groupes en santé mentale ont aussi de l'influence sur ces politiques. On n'a qu'à penser à la politique de la santé mentale elle-même précédée du travail colossal de nombreuses ressources qui l'ont influencée durablement. Le célèbre «*Je suis une personne. Je ne suis pas une maladie*» vient des usagers eux-mêmes. Le non moins célèbre «*ailleurs et autrement en santé mentale*» vient également de l'expérience terrain des ressources alternatives. Tout le réseau des *groupes de défense collective des droits en santé mentale* vient de l'expérimentation de ces nouvelles pratiques. Tout cela n'aurait jamais vu le jour sans les pressions constantes exercées par les regroupements provinciaux (RRASMQ et AGIDD-SMQ entre autres), par les instances régionales (Table régionales en santé mentale) sur les gouvernements successifs pour faire reconnaître ces nouvelles pratiques (hébergement communautaire, entraide, centres de crise, suivi communautaire, etc.) et les faire financer.

La préoccupation des ressources alternatives en santé mentale et de leur RRASMQ face à tout ce qui se met en place à l'heure actuelle dans le réseau public s'inscrit dans ce rôle historique : *se préoccuper de l'impact des orientations, de l'organisation et de la planification des services sur les personnes concernées et sur les organismes communautaires*. D'où l'importance de commencer par poser certaines questions :

- qu'est-ce que la réforme Couillard et le plan d'action en santé mentale ont provoqué
- comme changement au niveau des services en santé mentale ?
- qu'est-ce qui est en train de «bouger» sur le terrain et dans quelle direction ?
- est-ce que les rapports des ressources alternatives en santé mentale aux instances politiques ont été modifiés ? Qu'en est-il du rapport à l'État pour faire avancer les revendications des groupes ?
- est-ce que le partenariat a changé ? L'espace de débat sur les pratiques existe-t-il ?
- que devient la participation des usagers et usagères ?

**Ce rapport tente de répondre à certaines de ces questions
et propose des suites possibles**

Partie 1

CONTEXTE POLITIQUE

1 Bref historique

LES PROS

Ce n'est pas la première fois que le RRASMQ se questionne sur ses rapports aux instances gouvernementales en particulier celles du MSSS chargées de la planification des services de santé mentale. On se souviendra en effet que le RRASMQ avait démocratiquement décidé au début des années 1990 de participer de plein pied à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services (PROS) dans le secteur de la santé mentale. Il s'agissait d'établir le «*qui fait quoi, où, avec quels moyens financiers*» dans chacune des régions du Québec. Le «*comment*» travailler en santé mentale n'était pas tellement examiné....

LES COMITÉS TRIPARTITES

Ce sont les Régies régionales qui étaient chargées d'élaborer ces plans régionaux d'organisation des services (PROS). En santé mentale l'exercice avait donné lieu à la mise en place des fameux comités tripartites égalitaires (tiers communautaire et alternatif, tiers institutionnel, tiers autres acteurs sociaux du milieu) chargés de faire le travail. Les règles du jeu pour élaborer la planification des services dans une région étaient des règles partenariales très claires, reconnues par tous les acteurs concernés et légitimées par les instances politiques (MSSS, conseils d'administration des Régies régionales)

LA POSITION CRITIQUE DU RRASMQ

La participation des ressources alternatives à cet exercice de planification s'est faite de façon rigoureuse et critique. Tout au long du processus le RRASMQ a fait preuve de vigilance et a soutenu les ressources participantes par un travail de mise en commun des expériences vécues dans chaque région, de formation, de réflexion et de proposition. On pourra se référer au document *le Choc des cultures*² pour relire les constats de cette expérience. De même une chercheuse, Jocelyne Lamoureux, avait accompagné le RRASMQ tout au long du processus permettant ainsi d'en saisir les multiples dimensions et les enjeux principaux non seulement pour les groupes en santé mentale mais pour l'ensemble des organismes communautaires québécois confrontés à «l'appel du partenariat». Son livre, *Le partenariat à l'épreuve*³ constitue encore aujourd'hui une lecture obligée pour tous les groupes impliqués dans cette problématique

² Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), 1991, «*Le choc des cultures. Bilan-Synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites.*», Juin 1991.

³ Lamoureux, J. (1994) «*Le partenariat à l'épreuve*», Éditions Saint-Martin, 231p.

LES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

La décennie 2000 est marquée par la mise en place progressive des réseaux de services intégrés en santé mentale dont la philosophie repose sur l'hypothèse que les principaux problèmes des services de santé mentale reposeraient sur leur absence de continuité, de coordination et d'intégration. Mais plus fondamentalement cette approche considère que les groupes communautaires font partie intégrante des réseaux de services. Le RRASMQ a appelé ses groupes membres à faire preuve d'esprit de critique et d'une grande vigilance face aux dérives potentielles d'une telle intégration : perte d'autonomie, instrumentalisation des groupes au profit des objectifs du réseau, dénaturation de leur mission propre, possible compétition avec les services publics et entre les ressources alternatives elles-mêmes, risque de standardisation des pratiques, etc. Le mémoire du RRASMQ sur les RSI paru en 2002 de même que le texte de Nadine Perron sur les RSI et les enjeux de pratiques publié en 2005⁴ demeurent toujours d'une très grande actualité.

2 CONJONCTURE RÉCENTE

LA RÉFORME COUILLARD

Par de nombreux aspects, la réforme Couillard décrétée en décembre 2003, s'inscrit en continuité avec les réformes précédentes : régionalisation, partenariat, réseaux locaux de services, participation de citoyens et citoyennes dans les instances décisionnelles et atteinte d'objectifs quantifiables. Mais elle s'en démarque par une reconfiguration du palier régional via la création d'Agences dont les pouvoirs diffèrent substantiellement de ceux des ex-Régies régionales; par une structuration différente du « local » via la fusion des établissements et la création des CSSS; par une orientation générale basée sur l'approche populationnelle à travers des projets cliniques dans les neuf grands programmes-services; et, enfin, par la prégnance d'une approche contractuelle à laquelle toutes les institutions du réseau sont soumises, incluant les organismes communautaires.

Ainsi, la restructuration des instances gouvernementales est organisée autour de trois paliers de gouvernance :

- le **central** : le MSSS continue d'assumer la responsabilité des grandes orientations du réseau et de l'allocation des ressources;
- le **régional** : les 17 Agences de SSS Cette structure régionale a remplacé les Régies régionales mais avec des pouvoirs modifiés.
- le **local** : les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), fruits de la fusion des établissements (hôpitaux, CLSC, CHSLD), responsables de la santé et du bien-être de toute la population de leur territoire et chargés de faire collaborer les acteurs locaux pour mettre en place les projets cliniques (outils de planification et de prise en charge de la population selon des problématiques spécifiques: santé mentale, personnes en

⁴ Perron, Nadine (2005) «Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques». Revue *Nouvelles pratiques sociales* Vol 18, no 1.

perte d'autonomie, etc.). Il y a 95 CSSS à travers le Québec d'où une nouvelle configuration du local.

Cette réforme a également modifié les instances de décision et la participation citoyenne au niveau des Agences en menant à terme les réformes entreprises sous le gouvernement précédent⁵: abolition des assemblées régionales, cooptation par le ministre des membres du CA des agences, réduction des sièges accordés au «communautaire». Ces changements ne seront pas sans conséquence sur le rapport jadis entretenu entre les organismes communautaires et les membres des CA des Régies qui y «représentaient» le communautaire ou plutôt qui étaient issus des milieux communautaires et en constituaient souvent des alliés naturels.

Enfin il convient de mentionner que la sortie du Plan d'action en santé mentale a suivi de près les décisions de restructuration du réseau, au moment même donc où plusieurs établissements étaient encore très absorbés par leur réorganisation interne. On peut supposer que les établissements étaient d'abord préoccupés par leur restructuration interne qui monopolisait leurs énergies plutôt que par les objectifs du Plan d'action et l'ouverture au partenariat avec les organismes communautaires, surtout lorsqu'il est question de financement neuf relié...

DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES «INTÉGRÉS» DANS LA NOUVELLE ARCHITECTURE

Cette réforme a un impact structurant sur les organismes communautaires en les intégrant officiellement et même légalement dans la nouvelle architecture, un processus déjà amorcé avec la réforme Côté:

- Ils sont reconnus dans la Loi sur la santé et les services sociaux⁶;
- Ils relèvent de l'agence régionale pour leurs subventions, sont identifiés formellement comme des « partenaires », font partie des acteurs dont on attend une collaboration *en fonction de cibles nationales et régionales*;
- Ils sont appelés à collaborer avec les CSSS chargés de définir le projet clinique et organisationnel pour le territoire du réseau local de services et de définir les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau dont les organismes communautaires. Le projet clinique doit [...] être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles »⁷;
- Les CSSS doivent également « instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires » dont les organismes communautaires⁸;

⁵ Loi 24 adoptée en 2001

⁶ LSSS, articles 334 et 335

⁷ LSSS art 99.5.

⁸ LSSS art 99.7

- Enfin, « les établissements régionaux seront appelés à poursuivre leur collaboration avec les organismes communautaires et à contribuer à leur financement par des ententes de services »⁹.

DE NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS

Ces nouvelles orientations et cette nouvelle reconfiguration constituent un nouveau défi pour les ressources alternatives en santé mentale appelées à redéfinir et réarticuler leurs rapports à l'État et au réseau public.

Vivre dans le clair-obscur.... Dans un premier temps (2003-2005) la réforme a d'abord semé beaucoup d'inquiétude et d'incertitude chez l'ensemble des organismes communautaires. Au plan politique le nouveau gouvernement annonçait une «réingénierie» caustique qui remettait en cause tous les acquis sociaux antérieurs et proposait un virage néolibéral encore plus accentué que celui amorcé par le gouvernement précédent.

Dans un deuxième temps, avec la réforme de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires en santé mentale se sont retrouvés sans interlocuteur clairement identifié (sauf au niveau du financement laissé aux mains des Agences). Plusieurs réseaux de contacts bâtis patiemment depuis 20 ans par les ressources alternatives se sont effondrés au niveau régional et même au niveau national (une nouvelle direction de la santé mentale a été mise en place, de nouveaux acteurs ont été impliqués, d'autres ont été éliminés (ex : le Comité de la santé mentale du Québec). Les Agences semblent avoir perdu (est-ce temporairement ou définitivement ?) leur rôle de coordination sous-régionale ou locale mais aussi leur rôle de référant pour les organismes communautaires (reconnaissance de leur rôle, médiation avec établissement, promotion du partenariat avec une certaine vision de la gestion publique, etc.)

Le flou persiste...on est dans le clair-obscur...les organismes communautaires admettent volontiers «être perdus» dans le «chaos» (le mot est souvent utilisé) administratif actuel. Dans un tel contexte il n'est pas étonnant que les ressources alternatives peinent à articuler des positions cohérentes et éprouvent d'immenses difficultés à trouver un langage commun et à proposer des stratégies communes.

Se déplacer... La réforme Couillard a provoqué de nombreux déplacements. Le plus important demeure certes le passage de la régionalisation à la localisation. Tout semble se passer désormais au niveau des CSSS entraînant une certaine secondarisation du palier régional et, paradoxalement, une forme de recentralisation. Le MSSS se positionne comme le «seul et unique» chef d'orchestre imposant ses programmes et priorités aux paliers inférieurs. Les organismes communautaires se sont aussi déplacés vers le local entraînant une reconfiguration de leurs solidarités traditionnelles.

Un autre déplacement important concerne le partenariat. Les réformes antérieures et la Politique de santé mentale en particulier avaient clairement considérés les organismes communautaires comme des acteurs politiques et des partenaires dans la planification des services. Une des formes achevées de ce partenariat demeurent les comités tripartites où les

⁹ LSSS art 81, 82, 83.

groupes travaillaient d'égal à égal (du moins dans cet espace particulier) avec les autres acteurs. Les conseils d'administration des Régies régionales qui accordaient au communautaire un nombre substantiel de sièges considéraient également les représentants du communautaire comme des acteurs légitimes et essentiels. Les ressources alternatives étaient alors dans un rapport partenarial. Quand on compare avec le rôle effacé des Agences et le manque de règles communes régissant la participation des OC aux projets cliniques, on se rend compte du «déficit démocratique» subi lors du décret implantant la réforme en SSS.

La récente réforme a en effet modifié la pratique du partenariat et, malgré un discours «pro partenariat» et pro participation», les règles qui régissent les CSSS, les Agences, les processus et comités de travail liés à la mise en place des projets clinique demeurent très diversifiées selon les régions et les territoires de CSSS, voire parfois inexistantes. Les CSSS sembleraient davantage occupés par l'interne et peu intéressés par des acteurs «externes» comme les groupes communautaires. De manière plus spécifique la participation des usagers est perçue comme un «enjeu recyclé» en terme d'individus identifiés par les décideurs politiques locaux versus la participation des usagers comme réseaux d'acteurs organisés, comme acteur collectif (la recherche révèle beaucoup d'ambiguïté à ce niveau)

Enfin l'invitation à faire partie des réseaux de services intégrés s'inscrit dans la nouvelle culture contractuelle qui constitue un autre déplacement majeur par rapport à la reconnaissance de l'autonomie des ressources communautaires en santé mentale. *Dans quoi sommes-nous quand nous avons un «contrat de services» avec un CSSS ? Dans quel type de partenariat ? Et quels en sont les impacts sur ce que nous sommes comme alternatives ?*

Bien comprendre ce qui est en train de se mettre en place La situation sur le terrain ressemble à un kaléidoscope ! Il existe de multiples perceptions de la réalité aussi variées, aussi légitimes, aussi controversées les unes que les autres telle une nébuleuse «aux contours incertains et à la densité variable» (Mellucci). Il importe donc de bien comprendre ce qui se met en place car ce sont ces orientations, ces processus, ces structures qui vont influencer le rapport au politique.

Par ailleurs, il importe également de ne pas se cantonner dans une approche manichéenne du «bien ou mal». Si la vigilance critique s'impose d'emblée face aux dérives observées, on peut également faire l'hypothèse que *ça bouge de l'intérieur...* À preuve : plus d'argent dans le suivi communautaire et dans les équipes de première ligne, usagers qui deviennent employés comme pairs aidants, hôpitaux psychiatriques transformés en centre universitaire de 3^e ligne pour recherche/formation/superspécialisation les dégageant de la dispensation des services et donc diminution de leur rôle mais simultanément, retour en force de l'approche médiale dans l'optique de la hiérarchisation des soins., volonté de mettre en place «les meilleures pratiques», ouverture à la gestion autonome de la médication (GAM), etc.

Retrouver le sens de l'alternatif Les motivations qui amenaient les ressources alternatives à participer à la planification des services n'ont pas beaucoup varié selon les époques. Aujourd'hui comme hier, on retrouve le même langage :

- *aller chercher «sa part du gâteau»*

- *faire valoir une conception «autre» de la folie et de son accueil*
- *contribuer au renouvellement des pratiques*
- *améliorer le sort des personnes psychiatisées*

Plusieurs estiment que «la participation» à ces processus se solde presque toujours par une perte de l'identité des groupes communautaires. D'autres pensent au contraire que la participation a contribué à faire avancer la cause des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, le réseau public reprend et intègre de plus en plus en plus le discours et les activités historiquement assumés par les organismes communautaires d'où une certaine crise identitaire chez les groupes qui se demandent en quoi ils sont alternatifs, et ce qui les distingue des services du réseau public.

Le contexte a changé, les positions sont toujours aussi contrastées mais le défi demeure le même : comment donner et redonner sens à l'alternatif ?

Partie 2

Résultats de la recherche exploratoire

(partie descriptive)

1 Quelques rappels

Objectifs de la recherche exploratoire

L'objectif général du projet de démarrage consiste essentiellement à **dresser un portrait** le plus fidèle possible des rapports développés à ce jour entre les ressources alternatives en santé mentale, membres du RRASMQ, et les CSSS de manière à en **dégager les principaux enjeux**.

De manière plus spécifique le portrait devra explorer le positionnement des ressources alternatives en santé mentale **face aux projets cliniques** mis en place dans les CSSS de chaque région du Québec (progression des projets; acteurs impliqués; processus consultatifs et décisionnels; contenu; rôle des ressources alternatives; impact du plan d'action en santé mentale; gains, pertes, difficultés rencontrées).

Méthodologie utilisée

- élaboration d'un questionnaire suite à deux rencontres préalables d'informateurs-clés avec des acteurs-terrain (des usagères et usagers de même que des intervenantEs du RRASMQ et membres du Comité politique; des responsables de Tables régionales en santé mentale);
- cueillette des données en visant à obtenir au moins 50% de réponses des groupes membres du RRASMQ
- identification des enjeux par le Comité politique et les chercheurs
- présentation des résultats à l'AG du RRASMQ

Contribution des Tables régionales

Compte tenu de l'importance des Tables régionales en santé mentale, l'équipe de recherche a rencontré les responsables de ces Tables le 7 novembre 2007 à Drummondville dans le cadre d'une de leurs rencontres régulières. Cette rencontre a permis d'approfondir la connaissance de ce qui se passe sur le terrain dans les rapports aux CSSS et d'amorcer une première identification des enjeux principaux.

Limites de la recherche

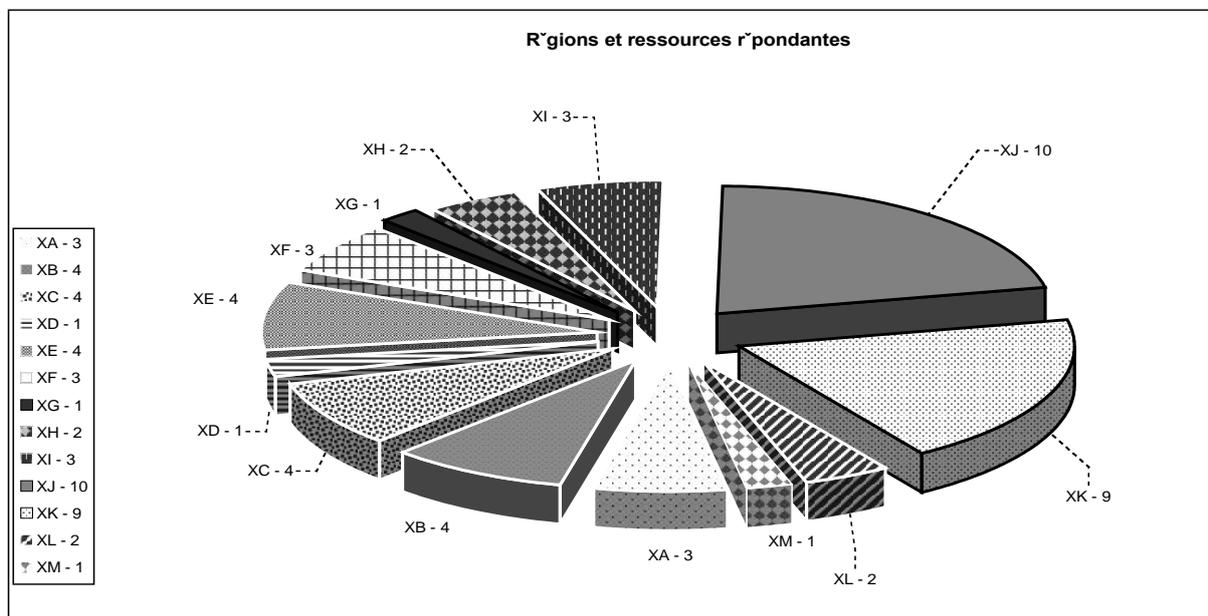
Cette recherche comporte plusieurs limites, la première étant de vouloir appréhender une réalité aussi mouvante et complexe que le rapport aux CSSS à l'aide d'un questionnaire écrit plutôt que par entrevues en profondeur avec les acteurs concernés car les réponses écrites sont

forcément plus succinctes que les opinions verbales. De plus, les réponses se sont avérées parfois trop brèves pour que les chercheuses puissent en décoder la signification. Enfin, dans certains cas, les questions elles-mêmes n'étaient pas suffisamment ciblées et précises pour permettre de bien cerner la situation. C'est pourquoi on trouvera souvent les mots soulignés À préciser dans les résultats pour signifier qu'il faudra poursuivre la recherche et aller davantage en profondeur pour bien comprendre la réalité du terrain.

Rappelons simplement qu'il s'agit d'une recherche «exploratoire» et que la poursuite du travail exigera d'aller davantage en profondeur pour bien saisir la réalité du terrain et les positions et stratégies des acteurs concernés. (voir partie 4, les suites)

2 Résultats quantitatifs (les tableaux figurent en annexe)

Régions et ressources répondantes



(Fig. 1) Légende : Nombre de ressources par régions ayant répondu au questionnaire et pourcentage.

Nombre de ressources ayant répondu au questionnaire = **47** sur un total de **120** ressources membres du RRASMQ.

Nombre de régions touchées = **13** sur **16** au total.

Rapports avec CSSS et Agences (voir tableau de la section 1 de l'annexe 2)

Ressources ayant un lien avec l'un ou l'autre CSSS de leur région = 39 sur 47 au total

Sur 39 ressources ayant un lien avec un CSSS, 15 disent n'avoir que très peu de lien.

Ressources n'ayant aucun lien avec un CSSS = 6 sur 47

Régions ayant à la fois des ressources qui ont des liens avec un CSSS et d'autres qui n'en ont pas = 3

Ressources qualifiant de «bonnes» leurs relations avec un CSSS = 26 sur 46

Ressources qualifiant de «difficiles» leurs relations avec un CSSS = 6

Ressources qualifiant à la fois de « bonnes » et de «difficiles» leurs relations avec un CSSS = 15

Ressources ayant un lien avec l'Agence de leur région = 40 sur 44

Ressources ayant aucun lien avec l'Agence de leur région = 4 sur 44

Sur 40 ressources ayant un lien avec un CSSS, 10 disent n'avoir que très peu de lien.

Ressources qualifiant de «bonnes» leurs relations avec leur Agence = 20

Ressources qualifiant de «difficiles» leurs relations avec leur Agence = 13

Ressources qualifiant à la fois de « bonnes » et de «difficiles» leurs relations avec leur Agence = 10

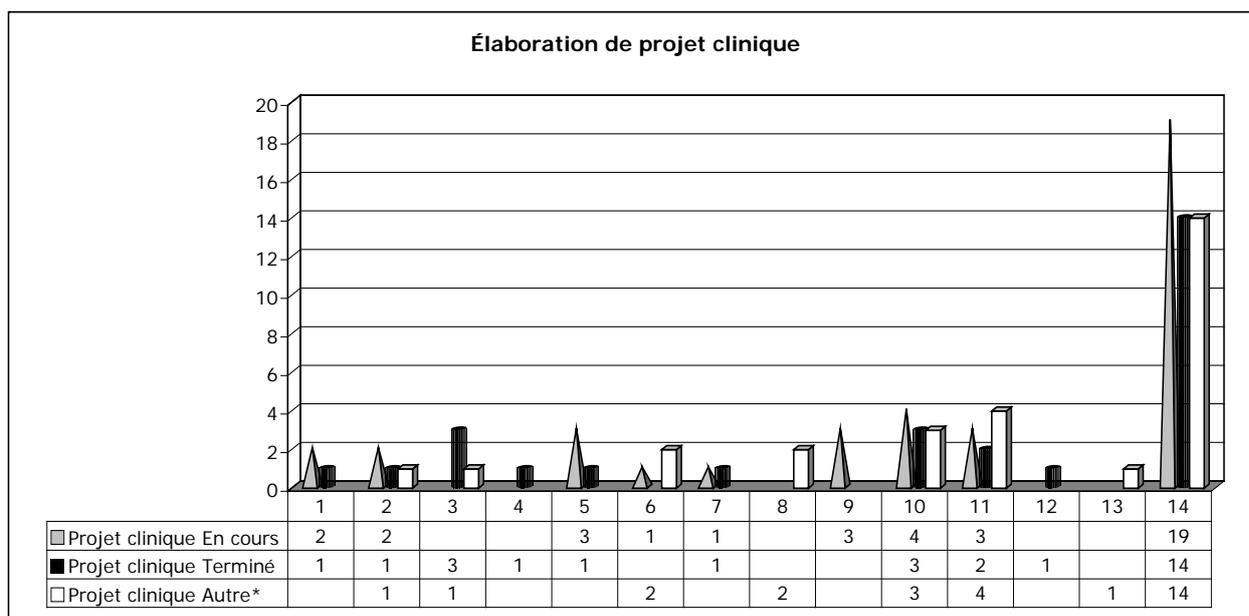
Ressources ayant une entente spécifique avec leur Agence = 20

Ressources n'ayant aucune entente spécifique avec leur Agence = 24

Analyse et réflexions suggérées par ces réponses

- On remarque que bien que 39 ressources sur un total de 47 disent être en lien avec un ou plusieurs CSSS, 15 ressources disent n'avoir que très peu de lien. Donc près de 40% des ressources ont très peu de liens avec leur CSSS voire des liens quasi inexistant.
- Ces chiffres semblent se refléter dans les relations « difficiles » avec les CSSS puisque près de 40% des répondants qualifient de « difficiles » leurs relations avec les CSSS.
- Les ressources qui ont des relations avec plus d'un CSSS (ressources à vocation régionale ou qui couvrent plus d'un territoire de CSSS) vivent des relations variables avec les CSSS : avec certains elles sont bonnes, avec d'autres plus difficiles. Il n'y a pas une réponse unique à cette question.
- Des ressources doivent transiger avec plus d'un CSSS dans chaque MRC et souvent les CSSS ne s'entendent pas entre eux...
- Les relations qualifiées à la fois de « bonnes » et de «difficiles» avec les CSSS signifient (généralement) qu'elles sont soit bonnes avec les intervenants mais difficiles avec les cadres ou vice et versa. Ou encore, avec un CSSS les relations sont « bonnes » mais avec un autre CSSS elles sont difficiles.
- Sur 40 répondants, 23 qualifient leurs relations avec leur Agence de « partiellement bonnes » à « difficiles », donc plus de 50% d'entre elles.
- Plus de 50% des ressources répondantes n'ont pas d'entente spécifique avec leur Agence.

Élaboration des projets cliniques (voir tableau de la section 2 de l'annexe 2)



(Fig. 2)

Ressources dont les projets cliniques sont toujours en cours = 19 sur 47 au total.

Ressources dont les projets cliniques sont terminés = 14

Ressources avec réponses variables (ne sais pas, sur la glace, etc.) = 14

Ressources ayant participé à l'élaboration des projets cliniques = 29 sur 43.

Ressources n'ayant pas participé à l'élaboration des projets cliniques = 14 sur 43.

Ressources dont les usagers ont participé à l'élaboration des projets cliniques = 22 sur 41.

Ressources dont les usagers n'ont pas participé à l'élaboration des projets cliniques = 19 sur 41.

Ressources indiquant s'être senties respectées dans l'élaboration des projets cliniques = 17 sur 30.

Ressources indiquant ne s'être pas senties respectées dans l'élaboration des projets cliniques = 13 sur 30.

Ressources indiquant avoir accordé de l'importance à l'élaboration des projets cliniques = 21 sur 34.

Ressources indiquant n'avoir accordé aucune importance à l'élaboration des projets cliniques = 13 sur 34.

Ressources indiquant avoir considéré importante la contribution de leur Table régionale dans l'élaboration des projets cliniques = 18 sur 35.

Ressources indiquant n'avoir pas considéré importante la contribution de leur Table régionale dans l'élaboration des projets cliniques = 17 sur 35.

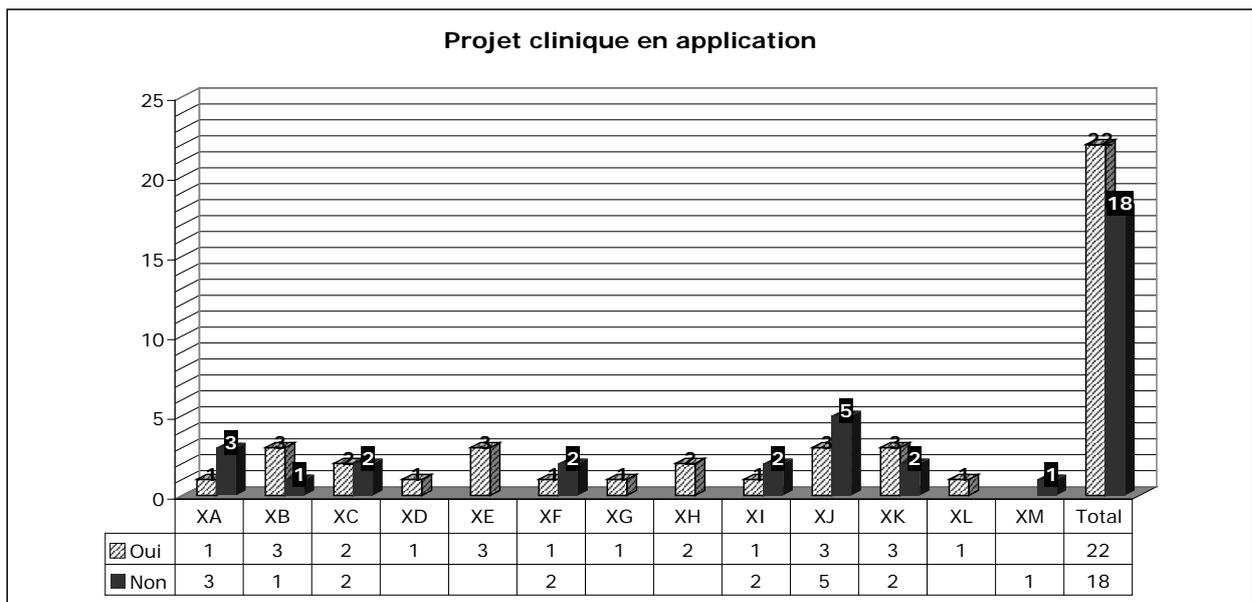
Ressources indiquant avoir considéré importante la contribution de leur RRASMQ dans l'élaboration des projets cliniques = 11 sur 34.

Ressources indiquant n'avoir pas considéré importante la contribution de leur RRASMQ dans l'élaboration des projets cliniques = 23 sur 34.

Analyse et réflexions suggérées par ces réponses

- Difficulté très grande d'avoir un portrait juste de ce qui se passe sur le terrain.
- Il n'y a aucune évaluation du processus.
- Un peu plus de 1/3 des projets cliniques sont toujours en cours, 1/3 sont terminés et 1/3 sont sur la glace ou les ressources disent ne pas savoir.
- Un peu plus de 50% (17) des ressources répondantes (30) disent s'être senties respectées dans l'élaboration des projets cliniques.
- Un peu plus de 50% (22 sur 41) des ressources indiquent que les usagers ont participé à l'élaboration des projets cliniques.
- Près de 70% (21 sur 34) des ressources indique avoir accordé de l'importance à l'élaboration des projets cliniques. Donc près de 30% (13 sur 34) indique ne pas y avoir accordé d'importance.

Mise en œuvre des projets cliniques (voir tableau de la section 3 de l'annexe 2)



(Fig. 3)

Ressources indiquant que les projets cliniques sont en implantation dans leur territoire = 22 sur 40. (fig. 3)

Ressources indiquant que les projets cliniques ne sont pas en implantation dans leur territoire = 18 sur 40. (fig. 3)

Ressources considérant que le projet clinique a apporté des changements pour les usagers = 12 sur 22 ressources dont le projet clinique est en application.

Ressources considérant que le projet clinique n'a apporté aucun changement pour les usagers = 11 sur 22.

Ressources dont la réponse est « *autre » (*« ne s'applique pas », « j'en doute », « l'avenir nous le dira », etc.) = 6 sur 29 ressources répondantes.

Ressources considérant que le projet clinique a apporté des changements pour la ressource = 9 sur 23 ressources dont le projet est en application et/ou des ressources répondantes.

Ressources considérant que le projet clinique n'a apporté aucun changement pour la ressource = 14 sur 23.

Ressources dont la réponse est « *autre » (*« ne s'applique pas », « j'en doute », « l'avenir nous le dira », etc.) = 2 sur 25 ressources répondantes.

Ressources considérant que le projet clinique a apporté des changements au niveau des pratiques = 3 sur 22.

Ressources considérant que le projet clinique n'a apporté aucun changement au niveau des pratiques = 19 sur 22.

Ressources dont la réponse est autre (« pas applicable », « l'avenir nous le dira ») = 2 sur 24.

Ressources considérant que le projet clinique a apporté des changements pour l'organisation des services de santé mentale = 10 sur 21.

Ressources considérant que le projet clinique n'a apporté aucun changement pour l'organisation des services de santé mentale = 11 sur 21.

Ressources dont la réponse est autre (« pas applicable », « l'avenir nous le dira ») = 2 sur 23.

Ressources indiquant que l'Agence a joué un rôle important face aux projets cliniques = 8 sur 23.

Ressources indiquant que l'Agence n'a joué aucun rôle face aux projets cliniques = 13 sur 23.

Ressources dont la réponse est autre (« pas applicable », « l'avenir nous le dira ») = 2 sur 23.

Réflexions suggérées par ces réponses

- Plus de 50% (22 sur 40) des ressources indique que les projets cliniques sont en implantation dans leur territoire.

- Pour les sous-questions qui suivent, il est difficile de faire une analyse : certaines ressources dont l'implantation n'est pas en cours ayant répondu aux sous-questions, ce qui vient fausser les données.

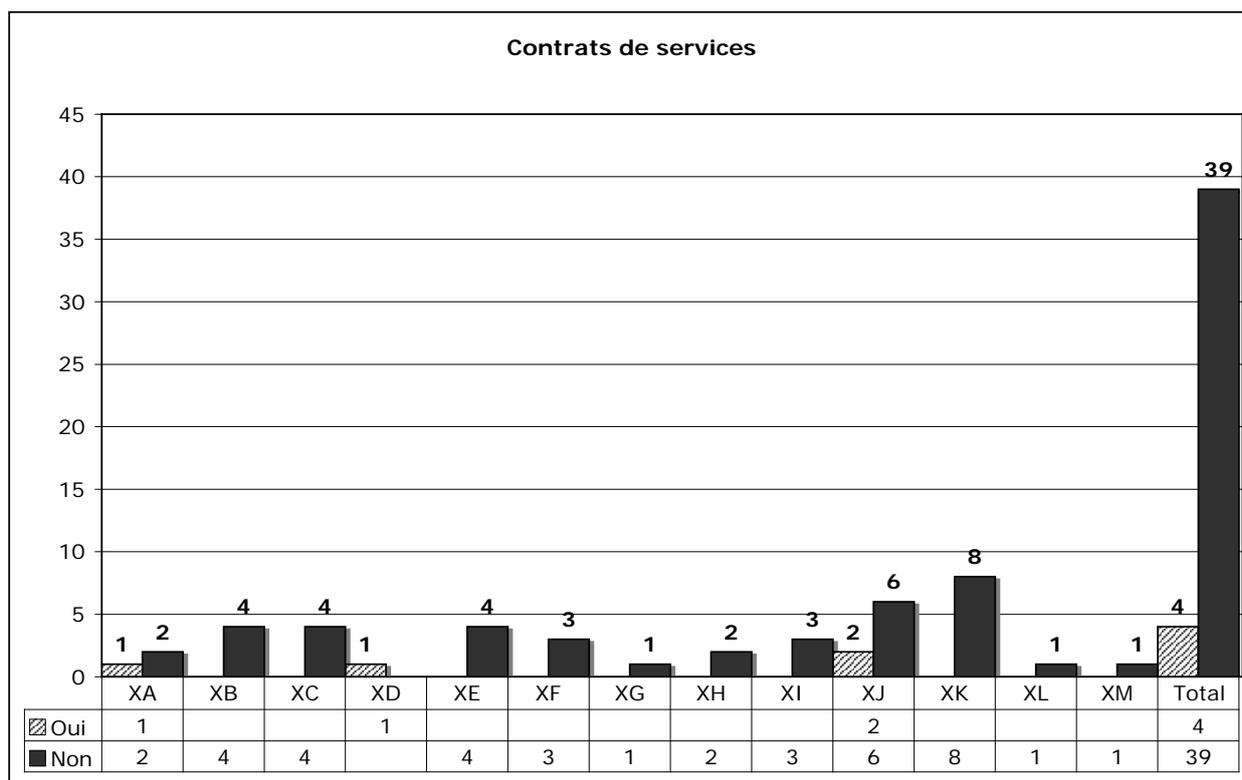
- Plus de 70% (14 sur 23) considère que le projet clinique n'a apporté aucun changement pour la ressource. Et 30% (9 sur 23) considère que le projet clinique a apporté des changements pour la ressource.

- Moins de 12% (3 sur 22) considère que le projet clinique a apporté des changements au niveau des pratiques. Et plus de 88% (19 sur 22) considère que le projet clinique n'a apporté aucun changement au niveau des pratiques.

Près de 50% (10 sur 21) des ressources considère que le projet clinique a apporté des changements pour l'organisation des services de santé mentale. Et 50% (11 sur 21) considère que le projet clinique n'a apporté aucun changement pour l'organisation des services de santé mentale.

- Près de 40% (8 sur 23) des ressources indique que l'Agence a joué un rôle important face aux projets cliniques, et 60% (13 sur 23) indique que l'Agence n'a joué aucun rôle face aux projets cliniques

Contrats de services (voir tableau à la section 4 de l'annexe 2)



(fig. 4).

Ressources indiquant avoir un contrat de service avec un CSSS = 4 (fig. 4)

Ressources indiquant n'avoir aucun contrat de service avec un CSSS = 39 (fig. 4)

Ressources identifiant des contraintes particulières liées aux contrats de service = 3 sur 4 au total.

Ressources considérant que le contrat de service est bénéfique pour les usagers = 3 sur 4 au total.

Ressources considérant que le contrat de service n'est pas bénéfique pour les usagers = 1

Ressources considérant que le contrat de service est bénéfique pour la ressource = 4

Ressources considérant que le contrat de service n'est pas bénéfique pour la ressource = 0

Ressources considérant que le contrat de service constitue une menace pour leur autonomie = 3 sur 7 ressources répondantes.

Ressources considérant que le contrat de service ne constitue pas une menace pour leur autonomie = 5 sur 7 ressources répondantes.

Analyse et réflexions suggérées par ces réponses

- Parmi les ressources (4 sur 47) indiquant avoir un contrat de service avec un CSSS, 3 (75%) identifient des contraintes particulières liées aux contrats de service.

- 3 sur 4 (75%) ressources considèrent que le contrat de service est bénéfique pour les usagers.

- 4 sur 4 ressources (100%) considèrent que le contrat de service est bénéfique pour la ressource.

- 5 sur 8 ressources ayant répondu à la question considèrent que le contrat de service ne constitue pas une menace pour leur autonomie, et 3 ressources considèrent qu'il constitue une menace pour leur autonomie. Les réponses de ces dernières proviennent probablement des ressources qui n'ont pas de contrats de services avec les CSSS car comment comprendre que les contrats de services puissent être à la fois bénéfiques pour la ressource et menacer l'autonomie de la ressource.

Liens avec les instances du communautaire (voir tableau à la section 5 de l'annexe 2)

Ressources indiquant avoir des liens avec leur Tables régionale en santé mentale = 33 sur 45.

Ressources indiquant n'avoir aucun lien avec leur Tables régionale en santé mentale = 12 sur 45.

Ressources indiquant avoir des liens avec leur TROC = 34 sur 41.

Ressources indiquant n'avoir aucun lien avec leur TROC = 7 sur 41.

Ressources considérant que le RRASMQ a été important pour les aider dans leurs rapports aux CSSS et à l'Agence de leur région = 19 sur 39.

Ressources considérant que le RRASMQ n'a pas été important pour les aider dans leurs rapports aux CSSS et à l'Agence de leur région = 20 sur 39.

Ressources considérant que le rôle du RRASMQ face au rapport entre les ressources alternatives et les Agences et CSSS est important = 31 sur 33.

Ressources considérant que le rôle du RRASMQ face au rapport entre les ressources alternatives et les Agences et CSSS n'est pas important = 2 sur 33.

Réflexions suggérées par ces réponses

- 75% (33 sur 45) des ressources indique avoir des liens avec leur Tables régionale en santé mentale. Et 25% (12 sur 45) indique n'avoir aucun lien.

- Près de 80% (34 sur 41) indique avoir des liens avec leur TROC. Et 20% (7 sur 41) indique n'avoir aucun lien.

- 50% (19 sur 39) considère que le RRASMQ a été important pour les aider dans leurs rapports aux CSSS et à l'Agence de leur région.

- 98% (31 sur 33) considère que le rôle du RRASMQ face au rapport entre les ressources alternatives et les Agences et CSSS est important.

3 Résultats qualitatifs

3.1 Sur quoi portent les liens des ressources alternatives avec les CSSS ?

- Projets cliniques (mentionné peu souvent)
- Ententes de services
- Information réciproque
- Collaboration projets spécifiques (ex : semaine santé mentale)
- Organisation des services
- Portrait des services
- Références, suivis des clients
- Limites des interventions des RA
- Hébergement
- Priorités, cibles prioritaires
- Coordination du plan clinique

Réflexions suggérées par ces réponses

- Il s'agit d'un méli-mélo d'activités ou de thématiques abordées dans les réunions qui ne permettent pas de dégager des aspects communs au vécu des ressources dans les différentes régions
- Le mot «projet clinique» comme tel n'est pas souvent mentionné comme si les groupes ne l'avaient pas intégré à leur vocabulaire.
- Certains répondent qu'ils ont des ententes de services avec un CSSS mais plus loin affirment qu'ils n'ont pas de contrats de service avec le CSSS : il peut s'agir d'une limite du questionnaire ou d'une utilisation différente des mots «ententes» et «contrat». À vérifier
- La référence à «suivi des clients» peut signifier un rôle des ressources dans «le contrôle» des allers et venues des usagers au sein des différents services de santé mentale. À vérifier
- L'exercice des projets cliniques a amené à «classer» les interventions ou activités des groupes et en même temps à en faire ressortir les limites dans le sens suivant : les groupes alternatifs ne se qualifient pas pour certaines interventions (ex : thérapie).
- Cette même classification semble disqualifier les groupes d'entraide parce qu'ils ne sont pas dans «l'intervention» comme telle : ceux-ci semblent d'ailleurs se désintéresser de la question des projets cliniques, un peu comme si ça ne les concernait pas.
- Par ailleurs, pour se qualifier dans la planification des services, on peut entrevoir chez certains groupes d'entraide ce que certains nomment une «dérive» soit la transformation du groupe en milieu de vie au détriment de l'entraide entre pairs. À vérifier
- Rien sur les pratiques : le projet clinique ne semble pas être le lieu où se discutent les pratiques, les approches (bio-psychiatriques, etc.) À vérifier
- L'exercice est centré exclusivement sur la planification de services
- On décèle un certain accent dans certains CSSS sur le «clinique». À vérifier

3.2 Sur quoi portent vos liens avec l'Agence

- Financement des groupes via le PSOC
- Reddition de compte
- Consultation sur le cadre de référence entre tous les OC en SSS et le MSSS sur modes de financements et critères de définition de l'action communautaire autonome (2 fois mentionné)
- Projets ponctuels (ex : prévention suicide)
- Rapports d'activités

- **Reconnaissance de l'expertise en suivi communautaire** (rôle majeur de l'Agence versus le CSSS)

Réflexions suggérées par ces réponses

- C'est l'Agence qui octroie les subventions aux RA mais c'est aussi l'instance de référence politique : mais l'Agence ne semble pas jouer ce rôle. Tout se passe au niveau des CSSS et l'extrême variété et écarts entre les CSSS démontrent la faiblesse du rôle de régulation de l'Agence (ex : l'Agence ne se préoccupe pas de vérifier que les règles de participation des OC aux projets clinique soient communes à tous les CSSS et respectées).
- La Table des directeurs généraux des CSSS semble jouer un rôle important (décisionnel dans certaines régions et pas dans d'autres). On peut y voir un transfert de pouvoir de l'Agence aux CSSS À vérifier
- Certaines Agences ont carrément délégué aux CSSS le pouvoir de décider avec les difficultés que cela implique (certains CSSS acceptent de financer des projets, d'autres, non) À vérifier
- Certains groupes par ailleurs affirment que l'Agence continue d'exercer un certain leadership et s'occupent des groupes communautaires. Plusieurs soulignent l'importance du «facteur humain» i.e. qui occupe le poste, quels types de relations sont entretenues, liens plus personnalisés, etc. On entre ici dans un rapport de lobby politique «classique» où il y a «personnalisation» des rapports plutôt que «démocratisation» et «transparence» des démarches. Il y a là un questionnement pour le mouvement des alternatives. Voir le projet de loi sur le lobby qui propose d'y intégrer les organismes communautaires.
- Seuls 2 groupes ont mentionné la consultation sur le cadre de référence appelé à baliser les modes de financement pour tous les organismes communautaires au sein du MSSS

3.3 Participation à l'élaboration des projets clinique

Pourquoi y participer ?

- Se prononcer sur les priorités sur **les façons de faire**
- Pour faire valoir nos différences
- Tentative pour influencer les constats de base
- Pour identifier les cibles cliniques
- Pour faire le portrait des ressources et des services

Pourquoi ne pas y participer ?

- Plusieurs ont été tenus à l'écart, non invités, ignorés, etc. surtout les groupes d'entraide considérés comme de peu d'importance dans le processus qui semblait s'adresser surtout aux «intervenants».
- Le CSSS faisait la planification à l'interne
- Trop exigeant en termes de temps
- Ce n'est pas un lieu pour influencer les pratiques
- C'est un moyen d'intégrer les ressources alternatives au réseau institutionnel

Réflexions suggérées par ces réponses

- Les ressources alternatives demeurent très divisées sur l'importance de participer ou non et pour des raisons très variées et parfois opposées.
- Par ailleurs, il y a des raisons identiques pour participer ou non : tout le monde veut défendre l'alternative alors «on y va pour défendre l'alternative et on n'y va pas parce que ce n'est un lieu ni une façon pour défendre l'alternative»
- Majoritairement les groupes participent avec un sentiment de «on ne peut pas ne pas y aller».

3.4 Participation des usagers et usagères

Participation très faible en général même si expériences très intéressantes dans certaines régions

On mentionne à 2 reprises le rôle du projet de l'AGIDD-SMQ

Les raisons invoquées pour un manque de participation des usagers sont :

- dossiers trop complexes et usagers incapables
- usagers impossibles à trouver pour ce travail trop complexe
- invités mais seulement «pour la bonne conscience» : on ne les écoute pas, on n'accorde pas d'importance à leur participation
- aucune invitation
- peu d'ouverture et même de l'hostilité à la présence d'usagers
- manque d'encadrement pour faciliter participation
- c'est le projet du CSSS pas celui des RA

Réflexions suggérées par ces réponses

- Participation très faible. Rien d'acquis à ce niveau. Situation qui questionne le RRASMQ lui-même et ses ressources. Etre dans une logique de services plutôt que d'accompagnement vers la réappropriation du pouvoir.
- Nombreux obstacles à franchir (qui sont presque toujours les mêmes depuis 20 ans)
- Existence d'une certaine méfiance face à des usagers trop revendicateurs ou «dérangeants»
- Manque de cohésion entre les groupes de défense des droits et les ressources alternatives sur cette question.
- Mais des efforts sont faits pour augmenter la participation des usagers (projet AGIDD, expériences intéressantes dans certaines régions)

Construction progressive d'une nouvelle culture de participation avec les usagers et efforts pour les accompagner dans ce processus.

Les utilisateurs de services sont plus souvent qu'autrement parachutés insuffisamment préparés, formés, entraînés, sur toutes sortes de tables ou comités. Celui-ci ne fait pas exception. Mais une culture de participation des usagers est en train de s'instaurer et pour le moment leur simple présence physique y joue un rôle. Pour quelques années encore, leurs interventions seront timides ou maladroitement. L'expérience et les connaissances manquent. Ils vivent cette expérience dans le malaise, en général... Depuis plusieurs années, nous « coachons » une ou deux personnes parmi notre clientèle; nous les invitons à nous accompagner à différents comités (et nous leur offrons une compensation financière pour le faire – c'est un point essentiel car les usagers ne doivent pas être les seuls à travailler bénévolement sur quelque comité que ce soit) Nous les « briefons » au fur et à mesure, comme par exemple au Comité national santé mentale travail de l'AQRP dont la fréquence (aux 90 jours) et la durée (1 journée) des réunions n'est pas trop stressante pour un néophyte. Nous croyons à cette approche graduelle; elle mènera sûrement à participations stables et efficaces des usagers d'ici quelques années... Nous croyons aussi qu'au fil des ans le langage utilisé se simplifiera, sera plus accessible. (Le langage est souvent utilisée dans notre domaine comme une arme défensive. Les mots servent à éloigner les indésirables, à embrouiller les choses au point de les rendre incompréhensibles, comme jadis les nobles parlaient latin entre eux pour tenir la populace à l'écart. Par ailleurs, l'enflure verbale constitue aussi un excellent paravent pour masquer la vacuité des propos émanant régulièrement du top de la hiérarchie. (On appelle aussi cela « péter de la broue ». Rappelez-vous : à la petite école, les choses étaient compliquées, au cégep, elles sont devenues complexes, et à l'université, elles se sont complexifiées...). (XI)

3.5 Qui a le plus d'influence dans l'élaboration des projets clinique ?

En général les intervenants des CSSS ont eu une influence prépondérante mais plusieurs mentionnent une «influence partagée» entre CSSS et communautaire et d'autres que ceux qui ont le plus d'influence du côté communautaire sont ceux qui ont de l'argent et qui veulent des ententes de services.

Réflexions suggérées par ces réponses

Question très difficile à analyser avec les infos dont nous disposons : impossible de savoir l'influence exercée si nous ne connaissons pas la nature des revendications des ressources alternatives et les résultats obtenus

3.6 Rôle joué par les ressources alternatives ? Existence d'espaces d'accueil, d'écoute ?

Les opinions sont partagées :

- certains avancent qu'il y a eu influence, écoute, respect
 - o ça c'est traduit par des modifications au projet clinique
 - o commentaires reçus et intégrés
 - o avons pu pousser +++ sur l'amélioration des conditions de vie des usagers

- rôle de chien de garde *tendant de faire reconnaître le milieu communautaire, la reconnaissance à nous donner et nous considérer comme de vrais partenaires. J'ai été vue comme une « chiâteuse » mais chez-nous la santé mentale passe toujours pour les plus revendicatifs alors, j'ai honoré notre titre. Les personnes présentent auraient bien voulu nous écouter mais ils avaient toujours les délais à respecter (XL)*
- d'autres affirment qu'il ne s'est rien passé :
 - *c'était un semblant d'écoute*
 - *il n'y a eu aucun changement ; très peu a été retenu de ce que nous avons dit*
 - *nous y sommes allés comme spectateur pour éviter que nos infos servent contre nous.*

Réflexions suggérées par ces réponses : opinions qui varient considérablement. Il nous faudrait savoir les causes de ces écarts d'opinions...À vérifier

3.7 DIFFICULTÉS rencontrées, GAINS obtenus, PERTES encourues

GROUPES	DIFFICULTÉS	GAINS	PERTES
X A	Établir confiance, respect Disponibilité Être tenus à l'écart	Augmentation concertation Compréhension mutuelle entre RA et réseau Tenue d'un forum annuel	Aucune perte car avant il n'y avait rien
X B	Somme de travail énorme Complexité Diversité des dossiers (dont certains ne nous concernent pas)	Reconnaissance de notre rôle dans le réseau et de notre autonomie	Courses aux requis/exigences du MSSS Temps Certaines priorités
X C	Stagnation du réseau psychiatrique <i>«qui ne change pas malgré l'espoir qu'on peut avoir</i>	Plus de liens Respect des distinctions entre 2 groupes d'entraide Connaissance mutuelle	Temps
X D	Risque de tablettage	Mise en place d'une table en SM avec tous les partenaires	
X E	Nombre très grand de rencontre Réunir les compétences pour le travail d'équipe Jeux de pouvoir	Table de concertation chargée de faire le suivi du projet clinique Ouverture à la formation Reconnaissance	Suivi d'intensité variable pour le communautaire. Temps
X F	Manque d'ouverture, d'écoute, de souplesse		Énergie <i>Nous avons été intégrés au projet</i>
X G	Le rôle du président du comité		Notre crédibilité
X H			
X I	Trouver temps pour que les RA se concertent entre elles entre les réunion du CSSS	Meilleure connaissance du travail de certains OC Influence significative sur trois cibles prioritaires Augmentation des références aux RA	Perte de services au bénéfice du réseau (écoute et suivi communautaire) Retrait d'un groupe communautaire du processus
X J	Absence d'écoute Manque de cohérence entre RA Controverse sur suivi communautaire	Visibilité des OC Reconnaissance du suivi communautaire mais à cause de l'intervention de l'Agence	Identité du vrai communautaire Danger des ententes de services
X K	Manque de communication Trop de priorités à prioriser Absence de reconnaissance des compétences cliniques des RA Difficulté à parler des pratiques	Respect du CSSS Consultation des usagers dans certaines RA Participation des usagers dans certains comités	
K L	Manque de transparence Manque de temps	Reconnaissance des partenaires	Menace à l'autonomie

Réflexions suggérées par ces réponses

- Difficultés traditionnelles liées à la participation dans des instances
- Manque de cohérence et de cohésion entre les ressources alternatives
- Les gains ne semblent pas très concrets sauf quelques mentions

3.8 Liens avec Tables régionales en santé mentale

GROUPES	LIENS	RÔLE IMPORTANT ?	SINON, POURQUOI ?
X A	2 oui 1 non	Surtout consultatif et informatif	Difficile de rallier les groupes Il ne se passe rien de concret
X B		Une réunion il y a 4 ans et depuis, plus rien	Vieux conflit qui a entraîné la non participation de la RA
X C	2 oui	Partage d'info La TROC est plus politisée	
X D	1 oui	Partage d'info	
X E	3 oui	Lieu d'échange et d'info plus proche de la réalité régionale que le RRASMQ	Nous sommes politiquement faible «Les corridors d'influence ont changé et on n'arrive plus à se positionner en plus que notre solidarité est fragilisée
X F	2 non 1 oui	Ne sait pas Oui joue un rôle important	
X G	1 oui	Très important car les groupes accusent plusieurs pertes au niveau du financement et de la représentativité	
X H	2 non		Il n'y a pas de Table en SM
X I	3 oui	Rôle de premier plan dans les enjeux en SM dans la région	
X J	7 oui 3 non	Déçue face au désir de certains d'avoir des ententes de services Partage d'infos	Peu d'influence politique Groupes d'entraide secondarisés car «difficile de discuter avec des cliniciens qui ont une vision différentes des choses» Peu de relève
X K	7 oui 1 non	Rôle essentiel face à l'Agence Rôle de porte-parole auprès instances décisionnelles	Trop de réunions Non pertinence Perte de temps
K L	1 oui	Rôle plus que majeur : C'est avec cette Table que nous pouvons faire des actions, nous mobiliser. La personne à la coordination siège dans des lieux stratégiques très importants	

Réflexions suggérées par ces réponses

- Même si les Tables régionales ne regroupent pas tous les groupes communautaires en santé mentale, elles jouent un rôle déterminant face aux instances politiques.
- Par ailleurs certains estiment que leur pouvoir s'est affaibli

3.9 Liens avec le RRASMQ

GROUPES	AIDE REÇUE	ATTENTES	ROLE
X A	Aucune aide demandée Responsabilité de la RA qui ne participe pas	Alimenter les RA «Vernir chercher le pouls»	Aider les RA à faire front commun dans rapports aux CSSS et Agences
X B	Lieu de référence «si j'ai un pépin» Aucune aide demandée		Vigilance Aide pour régions plus en difficulté avec CSSS Outiller les RA pour faire face
XC	»Ni aidant ni nuisible» Très disponible ; partage des infos et explication des enjeux		Maintenir lien avec MSSS Etre chien de garde face aux directives du MSSS (rôle assumé) Promotion et défense de l'alternative Rôle de critique sociale Liens avec autres OC Support Tables régionales SM Outiller pour campagnes massives Faire lien national/local
X D	Dans les derniers 5 ans aucun besoin du RRASMQ face à Agence		Travail doit d'abord être fait par Table régionale en SM RRASMQ=conseiller
X E	Demande d'info sur le 10% : en attente de réponse Aucune demande faire		Documentation, référence, échange Défendre RA à Québec Appui
XF	À travers table régionale en SM Clarifications données sur réalité CSSS Peu de moyens pour participer aux rencontres donc «on songe à devenir membre affilié, ça ne changerait pas grand'chose : on aurait l'info sans payer de cotisation»	Nous alimenter et vice versa Aider à augmenter financement pour sortir de la survie et ensuite développer philosophie alternative pour éviter reproduire le fonctionnement du réseau Plus grande présence régionale	Informers sur travaux avec le MSSS Rester allumé sur dossiers chauds Appui constant des groupes membres Développer pratiques alternatives
X G	Oui et non «car il semblait être ailleurs à des moments que nous jugions cruciaux mais restait présent sur dossiers provinciaux qui se répercutaient au plan régional»	Mobilisation Mise en valeur de l'approche alternative	Mettre en place cadre de relation et de financement négocié au plan provincial avec impact au plan régional «car chaque région négocie à la pièce»
X H	Nous outille très bien et nous informe régulièrement des enjeux politiques Rôle très apprécié	Il s'acquitte bien des mandats donnés en AG : pas plus d'attentes	Information Représentation politique Participation aux TROC

X I	Aucune aide Indirectement par la connaissance du plan d'action en santé mentale Mise en place et fonctionnement de la Table des regroupements régionaux en SM	Aucune	Etre acteur sur scène provincial
X J	Non il n'a aucun pouvoir Non c'est la TROC qui est l'interlocuteur le plus important Oui il a transmis des infos importantes dans négos Aucune aide demandée On ne sentait pas que nous avions un outil aidant mais un parent (sévère et fermé) qui n'a pas su écouter nos besoins Collectivement nous avons perdu la flamme...	Aucune aide demandée car c'est au regroupement régional en SM que nous nous adressons Nous aurions dû nous questionner «avant» d'entrer dans la démarche pas après Nous aurions dû nous appuyer sur la Politique de reconnaissance Nous faire connaître Document trop philosophique sur suivi communautaire Aller plus loin que le Manifeste	Défendre communautaire et usagers...parfois impression que le RRASMQ est là pour intervenants car usagers trop malades Apporter notre point de vue comme FRAPRU en logement Agir auprès du MSSS pour augmentation du financement et reconnaissance du traitement Reprendre le rôle d'agent de transformation sociale : où sont les RA pour la lutte à la pauvreté, etc. Éduquer la population On parle trop CSSS, entente, financement, etc et peu des enjeux de société....
X K	En général non Pas directement pour le groupe mais globalement oui Empathique et aidant lorsque besoin d'aide		Rôle d'influence et rôle conseil auprès des membres Être un «quartier général» de l'information Soutenir les tables régional en difficulté face aux Agences Intervenir auprès du MSSS concernant implantation du plan d'action en SM et suivi projets cliniques Prévention, information, soutien Faire connaître les pratiques alternatives. Recevoir nouvelles par courriel pour «sauver nos arbres».
K L	Incapable de répondre même si conscient du fait que les combats nationaux aident sur décisions régionales	Nous outiller Nous indiquer où ça fonctionne bien dans relations avec CSSS et pourquoi Accès direct au MSSS pour «combattre les illogismes de ses belles politiques»	

Réflexions suggérées par ces réponses

- Influence mitigée du RRASMQ car les rapports sur la question des CSSS se passent davantage au niveau des Tables régionales ou en général au niveau des TROCs
- Perception relativement positive du RRASMQ par ses membres et attentes exprimées pour un rôle plus politique et plus public du RRASMQ

Partie 3

Enjeux, défis, questionnements/ Approfondissements

(partie analytique)

1 La diversité des situations

Une première cueillette de données permet de constater une variété très grande de situation concernant en particulier le rapport aux projets cliniques :

- diversité d'évolution des projets cliniques (phases différentes selon les régions et selon les CSSS au sein d'une même région)
- diversité de processus d'élaboration et d'implantation
- diversité d'acteurs impliqués (absence importante des personnes usagères; dominance de certains, exclusion d'autres, mélange d'acteurs aux intérêts très divergents)
- diversité de mécanismes de concertation (différents types de tables ou comités; conditions facilitantes de participation très variables)
- diversité de processus décisionnels (en vase clos ou démarche plus ouverte et plus démocratique)
- diversité de contenu¹⁰ et de philosophie, d'approches
- diversité de positionnement des ressources alternatives (participer ou non; investissement en temps et énergies variable; importance variable accordée au projet clinique)
- autres types de diversité ?

Cette très grande diversité rend difficile l'élaboration d'un portrait le plus fidèle possible de la situation. Elle rend plus complexe la capacité des ressources alternatives de partager une compréhension commune de cette situation et donc de pouvoir élaborer un positionnement commun et des stratégies communes.

Comment travailler avec cette réalité plurielle ? Le RRASMQ ne peut «lancer des mots d'ordre» qui ne seront pas suivis de toute façon...alors comment arriver à trouver des positions communes ? à faire consensus sur certaines questions et certaines revendications mais en les défendant de façon différente ?

2 La participation et le partenariat

Les données provenant des intervenantEs dont les ressources ont participé à l'élaboration des projets cliniques indiquent une variété de motivation à l'origine de la décision de participer :

- impression de n'avoir pas le choix,
- pression de l'Agence (à la limite du chantage dans certains cas),
- désir d'être pro-actifs, d'occuper le terrain,
- volonté de vouloir avoir accès à une part du gâteau (quand l'argent arrive ou arrivera)

¹⁰ Il serait important d'obtenir le plus grand nombre possible de projets cliniques terminés afin de pouvoir en faire l'analyse.

- conscience de remplir une responsabilité envers les personnes usagères des groupes et envers la population (quoique dans une moindre mesure)

Cette participation ne semble pas s'être réalisée sur la base de positions communes ou de revendications communes portées par toutes les ressources alternatives membres du RRASMQ. Plusieurs sont même seules face à leur CSSS.

Certaines ressources ont pris la décision de participer mais en maintenant une distance critique et en ne se sentant pas lié par le projet clinique qui est considéré comme «l'affaire du réseau».

D'autres ont décidé de ne pas participer.

Cette diversité de situation rend aussi difficile la possibilité de comprendre le rôle joué par les ressources alternatives au sein des projets cliniques, les motivations, les attentes et les revendications n'étant pas nécessairement les mêmes d'une région à l'autre et d'un territoire de CSSS à l'autre.

La diversité des processus et modes de concertation repose aussi la question du partenariat dont les assises ont été ébranlées et affaiblies, selon plusieurs intervenantEs, si on le compare à l'époque des comités tripartites chargés d'élaborer les plans régionaux d'organisation de services (PROS)

Est-ce que nous pourrions ne pas faire de la «participation ou non aux CSSS» l'enjeu crucial et mettre plutôt l'accent sur notre volonté commune de faire reconnaître des pratiques alternatives ce qui implique des stratégies variées et qui peuvent se compléter et se renforcer mutuellement ?

3 La reconnaissance

La perception d'obtenir la reconnaissance de ce qu'ils sont (mission, activités, rôle dans leur milieu, etc.) par les acteurs concernés (fonctionnaires, responsables d'établissements, etc.) varie d'un CSSS à l'autre : plusieurs disent être traités avec respect et reconnaissance, d'autres au contraire se voient refuser la reconnaissance de leur mission propre (surtout les ressources de traitement alternatif), d'autres enfin disent avoir été ignorés dans le processus.

Cette autonomie pourrait par ailleurs être compromise par le fait que les projets cliniques mettraient en œuvre les priorités du MSSS. Mais la perception que les CSSS seraient chargés de répondre aux objectifs du MSSS varie aussi d'un CSSS à l'autre : certains seraient davantage centrés sur les besoins de leur population, d'autres tentent davantage de répondre aux demandes du MSSS, d'autres enfin ne voient pas de contradiction entre priorités du MSSS et besoins locaux.

La politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire (en place depuis 2001) ne semble pas jouer un rôle dans la reconnaissance des ressources alternatives tant du côté des autorités administratives (Agence et CSSS) que des ressources alternatives elles-mêmes.

Comment utiliser davantage la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire ?

4 Le rôle des ressources alternatives face au réseau public dans un processus de planification de services

Les projets cliniques constituent les outils de la planification des services sur un territoire donné : ils définissent le «qui» fait «quoi», le «comment» (i.e. les approches, les pratiques autres que celles de la bio-psychiatrie) n'apparaissant pas comme une préoccupation importante.

Certains services, en particulier le suivi dans la communauté (intensif ou d'intensité variable) où il y aurait d'importantes sommes d'argent impliquées sont l'objet de «convoitise» tant de la part du réseau public que des ressources alternatives qui ont déjà mis en place de tel services et veulent les conserver et ou les obtenir (selon les régions et les CSSS). Plusieurs parlent de la récupération systématique du discours et des pratiques des ressources alternatives mais d'une récupération partielle et partiale (ex : le réseau fait du suivi dans la communauté mais pas de la même manière que les ressources alternatives). Il en serait de même pour le travail de réadaptation de plus en plus réalisé par le réseau mais qui vient puiser la «clientèle» dans celle des ressources alternatives.

On serait alors dans un momentum où certaines ressources alternatives tiennent un discours de «partage» des tâches et des services (suivi communautaire, crise, hébergement) avec le réseau public plutôt que de défense du secteur public (revendication traditionnelle du RRASMQ). Ce positionnement peut être vu soit comme un «glissement corporatif» ou soit comme de la *co-construction des services publics*¹¹ ce qui implique une *co-responsabilité d'objectifs qui appartiennent en principe à l'État*.

La participation à cette planification des services, dans un contexte qui a beaucoup évolué durant les dernières décennies, repose donc toute la question du rôle, de la mission et des caractéristiques propres des ressources alternatives près de 35 ans après leur naissance et près de 20 ans après la Politique de santé mentale qui leur reconnaissait un rôle important et particulier dans le continuum des services de santé mentale.

Est-ce que les ressources alternatives ne doivent pas reposer la question de la psychiatrie elle-même ? Est-ce que les pratiques dans le réseau public ont réellement changé ? Est-ce que les ressources alternatives elles-mêmes demeurent «alternatives» ?

Est-ce que nous ne devrions pas revenir à la notion de «services alternatifs» ? i.e. le service comme projet de transformation individuelle et collective. *Le service seul, même humain, même novateur, même chaleureux à partir du moment où il devient une fin en soi, ne comporte plus les mêmes capacités de transformation.* ; le service comme occasion de conscientisation. *Il est imbriqué, tricoté serré dans le tissu dense de l'information-participation-responsabilisation-conscientisation-mobilisation.*

Est-ce que les ressources alternatives ne doivent pas réfléchir sur «*qu'est-ce qu'une pratique novatrice en santé mentale en 2008 ?*» Dans les années 60, toute ressource mise en place en dehors de l'hôpital psychiatrique était considérée comme

¹¹ On touche ici la notion de co-construction des services publics avancée par Jean Proulx lors de l'AG du RRASMQ

«révolutionnaire»...car c'était «n'importe quoi sauf l'enfermement »... On était dans l'ailleurs surtout. Puis s'est posée la question du «autrement»...car tout le monde maintenant est dans l'ailleurs (quoiqu'on ne doit jamais baisser la garde sur les risques d'enfermement). Est-ce que nous sommes encore dans l'ailleurs et quand on voit le réseau mettre en place de l'hébergement dans la communauté, du suivi communautaire, des centres de crise, etc.....en quoi sommes-nous réellement «alternatifs» et »novateurs» ...sauf pour les coûts moindres ?

5 La solidarité

La dynamique de planification des services constitue un défi posé à la solidarité entre ressources communautaires en santé mentale au sein d'un même CSSS ou d'une même région. Certains intervenantEs parlent même de «compétition» entre les groupes, des groupes allant même jusqu'à modifier leur mission pour répondre à un appel d'offre du CSSS.

Il existe aussi un défi de solidarité face à l'ensemble des organismes communautaires d'une région. Par exemple, si l'argent de développement est distribué aux organismes communautaires selon les ententes des cadres de collaboration Agence/TROC, les ressources en santé mentale n'auront pas d'argent pour très longtemps (étant en général mieux financées que plusieurs autres groupes communautaires).

Mon opinion personnelle : la responsabilité populationnelle est comprise par certains CSSS comme leur donnant droit de regard sur tout. C'est un virage qui ne se fera pas facilement, de plus en plus on en voit les inconvénients. Nous les organismes en santé mentale avons vraiment un statut particulier par rapport aux autres organismes communautaires de la région du fait que nous faisons vraiment partie d'une organisation de services et que nous sommes des «dispensateurs» qu'on le veuille ou non. Cela crée beaucoup de tension avec le mouvement communautaire. (Membre d'une table régionale)

Quels gestes de solidarité pourraient être posés entre les groupes en santé mentale eux-mêmes et avec l'ensemble des organismes communautaires pour faire avancer les revendications des uns et des autres ?

Partie 4

Suites

Politiques

- Quels positionnements politiques élaborer ?
 - Ne pas se départager sur la base de «ceux qui participent» et «ceux qui ne participent pas» mais sur quelles pratiques mettre de l'avant et quelles variété de stratégies devraient être mises de l'avant
 - Élaborer des balises communes, des règles de fonctionnement partenarial (comment choisir les participants, etc.)
 - Continuer d'observer et d'analyser la situation dans chaque région du Québec : quels projets cliniques s'implantent ? impacts sur les usagers, les groupes communautaires, la population ?

Formatives

- Organiser une formation sur ce que signifie «entrer en rapport avec l'État» à partir des expériences historiques du RRASMQ depuis les années 90 et des écrits théoriques

De recherche en collaboration avec Érasme

- Poursuivre la recherche exploratoire auprès de personnes-clés à la fois du communautaire et du réseau public dont des gestionnaires
- Ex : est-ce que les équipes de première ligne sont en place ? Sinon pourquoi et si oui quelles en sont les caractéristiques en terme de composition de l'équipe, de fonctionnement, d'usagers suivis, de rapports avec la 2^e ligne, etc. ?
- Organiser des séminaires (focus groupes) de réflexion avec des acteurs (public et communautaire) qui ont une vision du rôle des OC en santé mentale
- Comparaison de positions diamétralement opposées face aux CSSS, projets cliniques, Agences, etc.

**PROJET DE RECHERCHE EXPLORATOIRE
SUR LES RAPPORTS ENTRE
LES RESSOURCES ALTERNATIVES MEMBRES DU RRASMQ
ET LES CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS)**

Projet réalisé en collaboration ERASME¹² et le RRASMQ

QUESTIONNAIRE

1. IDENTIFICATION¹³

1.1 Nom de la ressource et type de ressource (entraide, hébergement, etc.)

1.2. Nom de la personne qui remplit le questionnaire¹⁴ (téléphone ou adresse électronique)

1.3. Fonction dans la ressource

1.4. Nom de l'Agence de votre région

1.5. Nombre de CSSS dans votre région ?

1.6 Nom du CSSS ou des CSSS avec lesquels vous êtes en contact régulièrement

2 ÉTAT DE SITUATION concernant vos liens avec l'Agence et le CSSS

2.1 Êtes-vous en lien avec un ou plusieurs CSSS ? Oui..... Non

¹² Équipe de recherche et d'action sur la santé mentale et la culture dont le RRASMQ est partenaire depuis 1992. Lourdes Rodriguez, Lorraine Guay et Diane Gagnon participent à cette recherche exploratoire.

¹³ Toutes les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles et ne seront connues que de l'équipe de recherche. Aucun nom de ressources, de personnes responsables ou de régions ne seront dévoilés à moins d'obtenir l'autorisation préalable des personnes concernées.

¹⁴ Nous demandons le nom de la personne afin de pouvoir communiquer avec elle au besoin.

2.2 Sur quoi portent vos rapports avec votre ou vos CSSS ?

2.3. Comment qualifieriez-vous vos relations avec votre ou vos CSSS ?

Bonnes, difficiles, fréquentes, etc. et dites pourquoi vos relations sont difficiles ou faciles ?

2.4 Êtes-vous en lien avec votre Agence ? Oui..... Non.....

2.5 Sur quoi portent vos rapports avec votre Agence ?

2.6 Comment qualifieriez-vous vos relations avec votre Agence ?

Bonnes, difficiles, etc. et dites pourquoi ?

2.7 Avez-vous des ententes spécifiques avec votre Agence ? Des projets particuliers?

Pourriez-vous les décrire (et si possible nous en faire parvenir une copie) : sur quoi portent ces ententes ? combien d'argent en pourcentage de votre budget global ces ententes représentent-elles ? devez-vous fournir une reddition de compte particulière ? Autres informations pertinentes s'il y a lieu.

2.8 Commentaires généraux sur vos rapports actuels avec votre Agence et votre ou vos CSSS (autres que ceux déjà expliqués dans les réponses précédentes)

3 L'ÉLABORATION DU PROJET CLINIQUE EN SANTÉ MENTALE

3.1 Où en est rendu le projet clinique en santé mentale dans votre ou vos CSSS ?

en élaboration, terminé, mis sur la tablette, ? etc. Indiquez les dates.

3.2 Avez-vous participé à son élaboration ? Oui.... Non...

Si oui : comment ?

Si non : pourquoi ?

3.3 Est-ce que les personnes usagères y ont participé ? Oui..... Non.....

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

3.4 Qui d'autres a participé à l'élaboration du projet clinique en santé mentale dans votre ou vos CSSS ? Qui a eu le plus d'influence sur le contenu et pourquoi ?

3.5 Votre ressource a-t-elle accordé beaucoup d'importance à l'élaboration du projet clinique ?

Au sein de votre propre ressource Temps et ressources investies, discussion au conseil d'administration, dans l'équipe de travail, dans la ressources avec les personnes usagères, etc.

Avec d'autres ressources alternatives du même territoire de CSSS ou de votre région ? Vous arrivait-il par exemple de discuter avec d'autres ressources alternatives de ce qui se passait dans l'élaboration du projet clinique ?

Avec votre Table régionale en santé mentale ? Cette Table était-elle un lieu important et intéressant pour discuter de ce qui se passait dans l'élaboration des projets cliniques ?

Avec votre regroupement provincial ? Avez-vous déjà fait appel au RRASMQ concernant les projets cliniques ? Étiez-vous satisfaitE de l'information ou de l'aide apportée ?

3.6 Qui assumait le leadership dans l'élaboration du projet clinique ? Était-ce une personne de l'Agence, du CSSS ? Était-ce une firme privée ? Quel type de leadership était pratiqué ? Autoritaire, expéditif, rassembleur, à l'écoute des participantEs, respectueux du rythme de chacunE, etc ?

3.7 Comment et par qui les décisions étaient-elles prises ?

3.8 Quel rôle avez-vous pu jouer dans l'élaboration du projet clinique ? Y avait-il l'espace, l'accueil et l'écoute suffisants pour apporter votre contribution ?

3.9 Quelles ont été les plus grandes difficultés ou défis rencontrés ?

3.10 Quels ont été les plus grands gains obtenus ?

3.11 Quelles ont été les plus grandes pertes enregistrées ?

3.12 Durant toute la phase d'élaboration du projet clinique, vous êtes-vous sentiEs respectéEs dans vos valeurs? Dites-nous quelles valeurs en particulier ? Avez-vous des exemples concrets à donner du respect ou du non respect de vos valeurs ?

3.13 Durant toute la phase d'élaboration du projet clinique, votre autonomie a-t-elle été reconnue et respectée ? Pouvez-vous donner des exemples concrets du respect ou du non respect de votre autonomie ? Y a-t-il eu des gains ou des pertes au niveau de l'autonomie ?

3.14 Quel a été l'impact du plan d'action en santé mentale sur l'élaboration du projet clinique ? Le plan d'action en santé mentale a-t-il servi de guide ? a-t-il été utilisé lors de vos discussions ? ou a-t-il été ignoré ?

3.15 Qu'auriez-vous à ajouter sur cette phase d'élaboration des projets cliniques ? Était-ce important d'y participer ? Quel sens y avez-vous accordé ? Qu'avez-vous appris durant l'élaboration du projet clinique ? Aurait-il valu mieux ne pas y participer ou au contraire y accorder encore plus d'importance, etc.

4 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET CLINIQUE

4.1 Le projet clinique en santé mentale est-il mis en oeuvre sur le territoire de votre CSSS ? Est-il en action ? Est-il en train de se réaliser ? OUI..... NON.....

Si non, qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi ce retard ?

Si oui, comment cela se passe-t-il ? Est-ce fidèle à ce qui avait été élaboré ?

4.2 Est-ce que la réalisation du projet clinique change quelque chose pour les personnes usagères ?

Si oui : quoi exactement ?

Si non : pourquoi ?

4.3 Est-ce que la réalisation du projet clinique change quelque chose pour votre ressource ?

Si oui : quoi exactement ?

Si non : pourquoi ?

4.4 Est-ce que le projet clinique a modifié vos pratiques ? Si oui, dans quel sens ?

4.5 Est-ce que le projet clinique a modifié l'organisation des services de santé mentale sur votre territoire ?

4.6 Est-ce que le projet clinique a contribué à rendre les services plus rapprochés de la population ?

4.7 Est-ce que l'Agence joue un rôle dans l'implantation du projet clinique ?

4.8 Qui assume le leadership de la réalisation du projet clinique ? Et comment ?

4.9 Qu'auriez-vous à ajouter sur cette phase d'exécution des projets cliniques ?

5 LES CONTRATS DE SERVICES

5.1 Dans le cadre du projet clinique, avez-vous négocié un ou des contrats de service avec votre ou vos CSSS ? OUI..... NON....

5.2 Si oui, sur quoi porte votre contrat de services ?

5.3 Quel processus implique la signature d'un contrat de service ? Quelle est sa durée ?

5.4 Quelle proportion de votre budget global ce ou ces contrats représentent-ils ?

5.5 Quelle reddition de comptes est-elle exigée ?

5.6 Y a-t-il des contraintes particulières attachées à ces contrats de services ?

5.7 Trouvez-vous que ce contrat est bénéfique pour les usagÈres

5.8 Trouvez-vous que ce contrat est bénéfique pour la ressource

5.9 Y voyez-vous une menace à votre autonomie ? OUI.....NON.....

Expliquez en quoi le contrat est une menace à l'autonomie ou au contraire un gain pour l'autonomie

5.8 Avez-vous un ou des contrats de services avec votre ou vos CSSS en dehors du projet clinique ? OUI NON

Si OUI :

Sur quoi porte-il ?

Quel processus pour l'obtenir ? Quelle est sa durée?

Quelle proportion de votre budget global représente-t-il ?

Quelle reddition de compte est-elle exigée ?

Y a-t-il des contraintes particulières ?

5.9 Qu'auriez-vous à ajouter sur les contrats de services ? Craintes, espoirs, enjeux, difficultés rencontrées, etc.

6 PARTENARIAT

6.1 De manière générale pensez-vous que le partenariat a fait des gains dans votre territoire de CSSS ? Comment ?

6.2 Et avec votre Agence ?

6.3 Ces nouvelles structures favorisent-elles le partenariat ?

6.4 Quels sont les enjeux les plus importants pour vous dans vos relations avec l'Agence et les CSSS ?

7 LIENS AVEC VOS INSTANCES RÉGIONALES COMMUNAUTAIRES ?

**7.1 Êtes-vous membre de la Table régionale en santé mentale de votre région ?
OUI..... NON**

Sinon pourquoi ?

Si oui, trouvez-vous que la Table joue un rôle important face aux enjeux de santé mentale avec l'Agence et les CSSS ?

7.2 Êtes-vous membre de la TROC (Table régionale des organismes communautaires en santé et services sociaux) de votre région ? OUI.....NON.....

Est-ce que la TROC joue un rôle important dans votre région ? Sur quoi ?

7.3 Quel est l'état de la solidarité entre les ressources alternatives en santé mentale de la région ?

7.4 Quel est l'état de la solidarité entre les ressources alternatives en santé mentale et tous les groupes communautaires de la région ?

8 LIENS AVEC VOTRE REGROUPEMENT PROVINCIAL, LE RRASMQ

8.1 Votre RRASMQ a-t-il été «aidant» pour vous dans vos relations avec votre Agence et votre ou vos CSSS ? Si oui, avez-vous des exemples ?

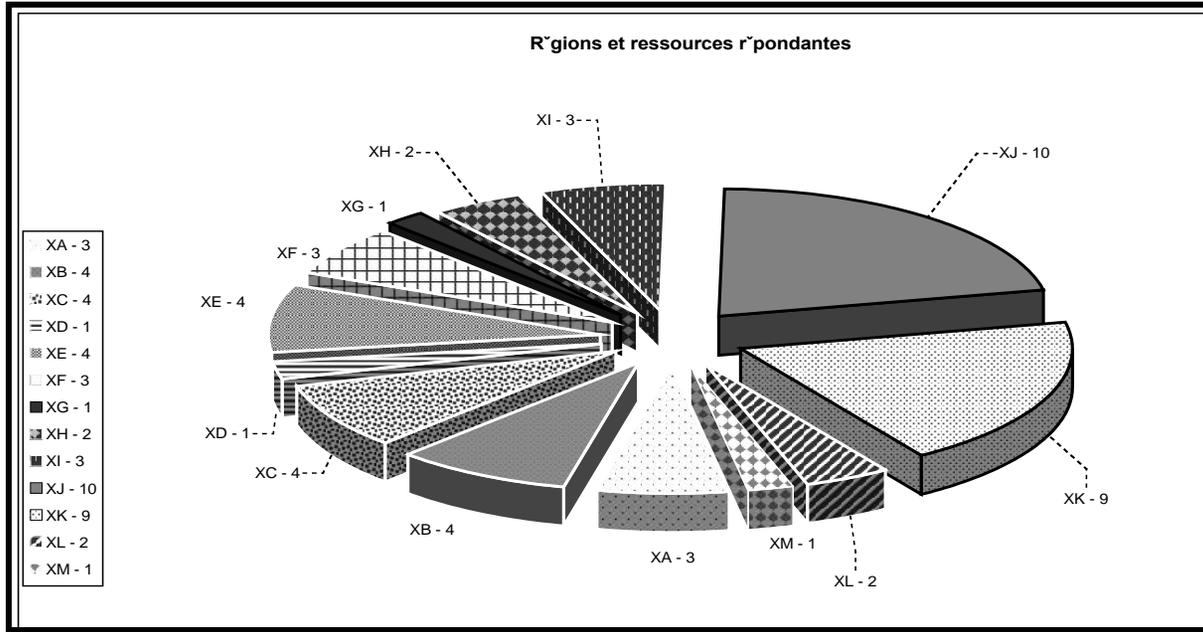
8.2 Sinon, quelles auraient été vos attentes face au RRASMQ ?

8.3 Quel rôle selon vous le RRASMQ devrait-il avoir face à toute la question des rapports entre les ressources alternatives et les Agences et CSSS ?

8.4 Auriez-vous autre chose à ajouter concernant le rôle de votre RRASMQ ?

TABLEAU DES DONNEES QUANTITATIVES

RAPPORT DES RESSOURCES ALTERNATIVES AUX CSSS – 15 mai 2008



Régions et NB de ress. répondantes	
XA	3
XB	4
XC	4
XD	1
XE	4
XF	3
XG	1
XH	2
XI	3
XJ	10
XK	9
XL	2
XM	1
Total	47

Section 1 : État de situation concernant les rapports avec les CSSS et les Agences au 15 mai 2008

Régions	Liens avec CSSS			Relations avec CSSS			Liens avec Agence			Relations avec Agence			Ententes spécifiques avec Agence	
	Oui	Non	Peu de lien	Bonnes	Difficiles	Bonnes et Difficiles	Oui	Non	Peu de lien	Bonnes	Difficiles	Bonnes et Difficiles	Oui	Non
XA	3		1	1		2	3		2	1	1	1	2	1
XB	4		1	4		1	4		2		2	2		3
XC	3	1	2	3		1	4		1	1	3		1	3
XD	1		1	1		1	1			1				1
XE	4			3	1		4		2		1	3	3	1
XF	3		1	1		2	3			1		2	2	1
XG	1		1			1	1					1		1
XH	2		1	1	1		1		1	1	1		1	1
XI	3			2		1	3			3			3	
XJ	8	2	2	6	2	1	9	1		8	1	1	2	8
XK	5	3	5	2	1	5	6	2	2	3	3		6	2
XL	1			1	1		1			1				1
XM	1			1				1			1			1
Total	39	6	15	26	6	14	40	4	10	20	13	10	20	24
Répondants	45			46			44			43			44	

Section 2 : Élaboration du projet clinique en santé mentale au 15 mai 2008

Régions	Projet clinique			Participation de la ressource		Participation de l'usagers		Importance accordée par la ress. au proj. clinique		Importance de Table régionale en SM		Importance du RRASMQ		Vous êtes-vous sentis respectés	
	En cours	Terminé	Autre*	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
XA	2	1		2	1	1	2	2	1	1	1	1	1		2
XB	2	1	1	3	1	2	2	1	2	1	2		2	2	1
XC		3	1	4		3	1	3		3	1	4		3	
XD		1		1		1		1		1			1		1
XE	3	1		3		4		4		2		1	2	3	2
XF	1		2	1	3		3		2	1	2	1	2	1	1
XG	1	1		1		1			1	1		1			1
XH			2		2		2		2		1		1		
XI	3			3		3		1	1	2		1	1	1	1
XJ	4	3	3	6	3	4	4	4	3	4	5		8	4	2
XK	3	2	4	4	4	2	4	3	1		5	1	4	2	2
XL		1		1			1	1		1		1		1	
XM			1	0	0	1		1		1			1		
Total	19	14	14	29	14	22	19	21	13	18	17	11	23	17	13

* Ne sais pas, sur la glace, sur la tablette, etc.

Section 3 : Mise en oeuvre du projet clinique en santé mentale au 15 MAI 2008

Régions	Projet clinique en application		Changement pour usagÈres			Changement pour la ressource			Changement pour les pratiques			Changement pour organisation services			Rôle de l'Agence		
	Oui	Non	Oui	Non	*Autre	Oui	Non	*Autre	Oui	Non	*Autre	Oui	Non	*Autre	Oui	Non	*Autre
XA	1	3		1	3		1			1			1			1	
XB	3	1	1	2			3			3		1	1		2	1	
XC	2	2	1	1	2	1	2	1		3	1	1	2	1		3	1
XD	1			1			1			1						1	
XE	3		3			1			1	1		1	2		2	1	
XF	1	2	2	1		2							1		1	1	
XG	1		1			1				1		1			1		
XH	2			1			2			1							
XI	1	2	1	1			1			2			2			1	
XJ	3	5	1	2		1	1			2		2	1		2	1	
XK	3	2	1	1		2	3		1	4		3	1			1	
XL	1		1			1			1			1				1	
XM		1			1			1			1			1		1	1
Total	22	18	12	11	6	9	14	2	3	19	2	10	11	2	8	13	2

* Sans réponse, ne s'applique pas, difficile à dire pour l'instant, l'avenir nous le dira, etc.

Section 4 : Contrat de service au 15 MAI 2008

Régions	Contrat de services avec un CSSS		Contraintes particulières liées au contrat services		Bénéfiques pour usagÈres		Bénéfique pour ressource		Menace à l'autonomie de la ressource	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
XA	1	2	1		1		1			1
XB		4								
XC		4							1	
XD	1					1	1		1	
XE		4								
XF		3								
XG		1							1	
XH		2								
XI		3								
XJ	2	6	2		2		2			2
XK		8								2
XL		1								
XM		1								
Total	4	39	3	0	3	1	4	0	3	5

Section 5 : Liens avec instances régionales communautaires au 15 mai 2008

Régions	Liens avec Table régionale en SM		Liens avec TROC		Liens avec RRASMQ		Importance du RRASMQ ds lien avec CSSS et Agences	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
XA	2	1	3		2	1	1	
XB	3	1	4		1	2	2	1
XC	3	1	3		3	1	4	
XD	1		1			1		1
XE	3		2	1	1	2	3	
XF	1	2	3		3		3	
XG	1		1		1	1	1	
XH		2	1	1	1		1	
XI	3		1	1	1	1	1	
XJ	7	4	7	3	1	8	10	
XK	7	1	7		5	2	4	
XL	1			1		1	1	
XM	1		1					
Total	33	12	34	7	19	20	31	2
Répondants	45		41		39		33	