



---

AGIR SUR LA PAUVRETÉ ET  
L'EXCLUSION,  
AGIR SUR LA SANTÉ MENTALE

---

MÉMOIRE DU REGROUPEMENT DES RESSOURCES  
ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ)

PRÉSENTÉ DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION PUBLIQUE EN  
MATIÈRE DE LUTTE À LA PAUVRETÉ ET À L'EXCLUSION SOCIALE

29 JANVIER 2016

## TABLE DES MATIERES

---

Contact .....	2
Introduction.....	3
Présentation du RRASMQ.....	3
Relation entre pauvreté et santé mentale .....	4
Nos commentaires sur les orientations proposées .....	8
Orientation 1.....	8
Orientation 2.....	12
Orientation 3.....	16
Orientation 4.....	19
En conclusion : orientation 5 .....	21
Références : .....	23

## CONTACT

---

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)  
2349, rue de Rouen, 4 étage  
Montréal, QC, H2K 1L8  
(514)523-7919

[www.rrasmq.com](http://www.rrasmq.com)

## INTRODUCTION

---

La pauvreté et l'exclusion sociale préoccupent grandement nos membres, des ressources alternatives en santé mentale qui œuvrent au plus près des personnes en situation de pauvreté et de grande exclusion. Ces ressources alternatives, bien que soucieuses de la qualité des soins et par l'accessibilité des services en santé mentale, ont nécessairement à composer, au quotidien, avec les réalités de personnes qui, en plus de reconstruire leur santé mentale, doivent lutter quotidiennement pour se nourrir minimalement, se loger décentement, trouver du transport accessible et, de surcroît, se retrouvent à vivre avec l'angoisse constante de ne pas pouvoir y arriver. Ces personnes doivent composer, jour après jour, avec la double discrimination liée à leur condition sociale et mentale. Ainsi, la prévention et la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sont au cœur des préoccupations de nos membres, et sont au cœur de toute démarche visant le mieux-être mental de nos concitoyens et concitoyennes.

3

Alors que la pauvreté est l'un des déterminants sociaux de la santé mentale et physique les plus importants, on constate également que les problèmes de santé mentale contribuent à précipiter et maintenir des milliers de Québécois et Québécoises dans la pauvreté. Ainsi, des actions conséquentes pour prévenir la pauvreté ainsi que, d'un même mouvement, pour prévenir largement les troubles de santé mentale, semblent essentielles afin de lutter efficacement contre la pauvreté et l'exclusion.

## PRÉSENTATION DU RRASMQ

---



Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) regroupe et représente des organismes communautaires qui adhèrent à une approche alternative en santé mentale. Depuis sa fondation en 1983, le RRASMQ contribue à l'émergence d'un mouvement d'affirmation et d'innovation sociale lié à une vision différente de la santé mentale et des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale.

C'est grâce à l'alliance de groupes de personnes ayant un vécu psychiatrique et d'organismes divers engagés notamment dans la défense de droits et dans le développement de pratiques alternatives qu'est né le RRASMQ. Les personnes qui composaient ces organismes, membres et intervenants, partageaient une vision positive de la santé mentale, proposaient des alternatives à la psychiatrie et redonnaient une place citoyenne aux personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale dans la société.

### I LA PAUVRETÉ À LA SOURCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

La pauvreté est le principal déterminant de la santé physique et mentale, selon l'Organisation mondiale de la santé. Si l'on se concentre uniquement sur les déterminants de la santé mentale, certaines études indiquent que la pauvreté est, « parmi tout un ensemble de variables sociodémographiques, le facteur qui explique le mieux le taux de références hospitalières pour des problèmes de maladie mentale. »<sup>1</sup> Des études québécoises, dont une enquête effectuée sur le territoire de l'Estrie au début des années 70 auprès de 1 158 répondants, a confirmé également l'existence d'une relation linéaire entre le niveau de revenu et la santé mentale. Selon une autre étude effectuée dans le Bas Saint-Laurent, on met également en évidence le lien entre faible revenu et problèmes de santé mentale<sup>2</sup>. Depuis plus de 40 ans, les liens entre santé mentale et pauvreté ne sont ainsi plus à démontrer. Mais d'expliquer ce lien ouvre la porte à de nombreuses hypothèses, soutenues tour-à-tour par une foison d'études.

À notre point de vue, l'hypothèse la plus intéressante quant à la nature de ce lien dynamique est l'hypothèse de la fragilité sociale. Cette hypothèse défend que, si les classes défavorisées produisent plus de personnes affectées par les difficultés psychologiques, c'est d'abord à cause des conditions dans lesquelles elles vivent. Parmi les facteurs de risque aggravant l'apparition de troubles de santé mentale, on retrouve le stress, le manque de soutien de la part du réseau social et l'absence de pouvoir, ou encore, l'infériorisation intériorisée. Ainsi, comme le démontre de nombreuses études du couple Dohrenwend, la pauvreté nous rend plus à risque de vivre des événements tragiques. Nous pourrions illustrer ainsi les facteurs de risque :

- a) Parce que les personnes défavorisées ont accès à une quantité réduite de ressources pour affronter les demandes de la vie quotidienne, ils vivent un niveau de stress plus élevé, accéléré par un plus grand nombre d'événements pénibles.
- b) Plusieurs études montrent qu'en milieu défavorisé, les réseaux sociaux sont plus réduits et la proportion de personnes seules, sans relation significative, est plus élevée. Ainsi, les possibilités de recevoir un appui face à une situation difficile sont plus minces.
- c) Parce qu'ils sont dans une situation dans laquelle ils ont peu ou pas de pouvoir, les personnes pauvres développent des difficultés à composer avec le stress, ils en souffrent davantage et se sentent davantage impuissants.



---

<sup>1</sup> Fortin, p.105.

<sup>2</sup> Fortin, p. 107.

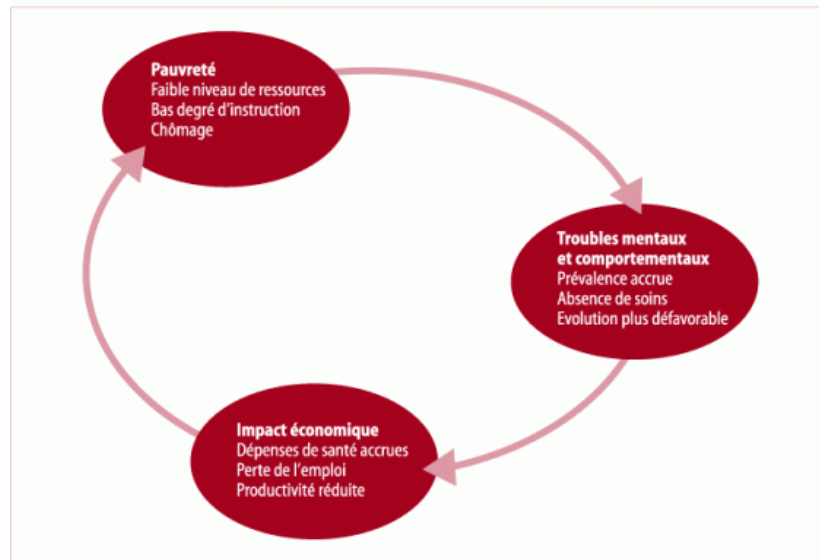
Les études sur la dépression démontrent que les personnes se retrouvant en situation dépressive ont souvent vécu une série de difficultés dans les mois précédents l'épisode dépressif. Lemyre avance ainsi que «l'importance des difficultés majeures chroniques dans l'étiologie de la dépression et de sa rémission confirme d'elle-même l'importance de la pauvreté comme facteur contextuel déterminant dans l'étiologie sociale des désordres mentaux.<sup>3</sup>» De nombreux troubles mentaux se retrouvent donc statistiquement plus fréquents dans les classes moins favorisées, et, au vu de nombreuses recherches, l'hypothèse de la vulnérabilité sociale, bien étayée, démontre que l'expérience de la pauvreté et de l'exclusion rend les personnes plus à risque de souffrir de problèmes de santé mentale.

Au sein des ressources alternatives en santé mentale, il y a foison de témoignages de personnes dont l'arrivée dans la pauvreté ou un vécu dans la pauvreté ont été déterminants dans la production ou l'accélération des troubles de santé mentale. Comme le résume l'excellent ouvrage de Robichaud et al., offrant une recension de nombreuses recherches sur les corrélations entre pauvreté et santé mentale, «la pauvreté diminue la capacité de faire face à de nombreux problèmes et à de nouvelles difficultés.<sup>4</sup>» ce qui, au final, nuit à l'équilibre mental.

II  
LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE PRÉCIPITENT ET MAINTIENNENT  
LES PERSONNES DANS LA PAUVRETÉ

Selon l'OMS (2013), les problèmes de santé mentale sont la première cause d'incapacité. Les problèmes de santé mentale sont associés aux éléments suivants: « changement social rapide; conditions de travail éprouvantes; discrimination à l'égard des femmes; exclusion sociale; mode de vie malsain; risques de violence ou de mauvaise santé physique; et violations des droits de l'homme ». C'est dans ce contexte que l'OMS invite tous les pays à mettre la santé mentale au rang de leurs priorités. Agir concrètement sur les déterminants de la santé mentale est appelé à devenir un objectif incontournable dans toutes les sociétés modernes. Les actions, en matière de prévention et de promotion, doivent viser à créer des conditions de vie et un

**Figure 1.4 Cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux**



SOURCE : [HTTPS://CLICHESPAUVRETE.WORDPRESS.COM/2012/03/11/PAUVRETE-ET-SANTE-MENTALE-LOEUF-OU-LA-POULE/](https://CLICHESPAUVRETE.WORDPRESS.COM/2012/03/11/PAUVRETE-ET-SANTE-MENTALE-LOEUF-OU-LA-POULE/)

<sup>3</sup> Lemyre, p.122.

<sup>4</sup> Robichaud et al., p. 123.

environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. La manière d'y parvenir passe entre autre par l'élimination des facteurs de risque, dont au premier chef la pauvreté.

### **Le diagnostic : une étiquette qui confine souvent à la pauvreté**

Même s'il est difficile de savoir si les problèmes de santé mentale sont des conséquences de la pauvreté ou vice-versa, il s'avère que, chez les personnes vivant déjà avec un problème de santé mentale, « la pathologie » soit le principal déterminant à l'origine de leur état de pauvreté. Dans un document sur l'état des services en santé mentale produit par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), on rapporte que, chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, la maladie serait la principale cause de pauvreté. Ces personnes auraient un revenu, un statut de santé et une qualité de vie inférieure à la moyenne de la population (Boyle et Georgiades, 2010 cités dans CSBE, 2012). Même si l'interaction négative entre pauvreté, exclusion sociale et santé mentale est peu reconnue et peu documentée, certaines constatations sont évidentes :

- « Comparativement aux personnes ayant eu des problèmes chroniques de santé physique à partir de l'enfance, celles ayant eu des troubles mentaux à un jeune âge possèdent un degré d'éducation, un revenu, un statut de santé ainsi qu'une qualité de vie inférieurs (Boyle et Georgiades, 2010).
- Le pourcentage de personnes qui ont un trouble mental n'ayant pas accès à un logement convenable est aussi plus élevé que celui rencontré dans la population générale (27 % contre 15 %) (Kirby et Keon, 2006).
- Pour la majorité des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'aide sociale est généralement la seule source de revenus, étant donné que de 80 % à 90 % d'entre elles sont sans emploi (Stuart et Arboleda-Florez, 2009).»<sup>5</sup>
- « Les gens qui ont un revenu très modeste sont 1,7 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués comme souffrant de dépression majeure que ceux qui se trouvent dans la catégorie de revenus les plus élevés. »<sup>6</sup>

*«Pour une personne de notre groupe, la pression d'être un «vrai travailleur» était tellement forte. Il a essayé de toutes ses forces de retourner sur le marché du travail : travail régulier, adapté, mésadapté, PAAS-Action... bref, tout ce qui était possible, uniquement pour pouvoir dire à son beau-frère, pendant le Temps des fêtes, que lui aussi était un travailleur et ce, au détriment de sa santé.»*

Témoignage d'une direction d'une ressource alternative en santé mentale, région de Chaudières-Appalaches

Vivre avec un diagnostic de « trouble de santé mentale » ou de « maladie mentale » engendre diverses formes de stigmatisation sociale. Des préjugés particuliers sont en effet associés aux troubles mentaux. « Il est parfois plus difficile de se remettre des conséquences de la maladie que de la maladie proprement dite. Au nombre des conséquences figurent la discrimination, la pauvreté, la ségrégation, la stigmatisation et les effets iatrogènes du traitement. »<sup>7</sup>

<sup>5</sup> CSBE (2012), État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, page 24.

<sup>6</sup> Henri Dorvil (2007), *Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale*, page 31.

<sup>7</sup> Agence de la santé publique du Canada, 2007 <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/5-fra.php>

Problème de santé mentale et pauvreté peuvent générer des situations d'exclusion et d'indigence dont il est souvent difficile de s'extirper. En 2002, le RRASMQ affirmait que « l'indigence s'accompagne souvent d'exclusion sociale et de préjugés, qui nourrissent et accentuent les sentiments de honte et d'autodénigrement »<sup>8</sup>. Cette réalité est d'autant plus vraie pour les personnes qui vivent un problème de santé mentale car elles doivent supporter un double stigmate : porter une étiquette de « malade mentale » et celle de personne pauvre.

Cette double stigmatisation a une incidence considérable sur plusieurs aspects de la vie quotidienne des personnes atteintes d'une maladie mentale : difficultés à se faire accepter sur le plan social, à avoir accès à un logement, à mener des études ou à obtenir un emploi lucratif, de même que des difficultés relatives à d'autres enjeux interpersonnels (ex : accès à un permis de conduire, aux assurances...). Ces manifestations d'exclusion jointes à la pauvreté des ressources financières limitent les possibilités et les options des individus et augmente leur niveau de détresse psychologique.

Conséquemment, les personnes pauvres qui vivent avec une problématique de santé mentale font le deuil de plusieurs valeurs qui sont reconnues dans la société générale: travail, loisirs, famille, études, etc. Ces deuils les jettent et les maintiennent dans la pauvreté et les confinent dans un statut de citoyens de seconde zone. On aura beau dé-stigmatiser toutes les maladies mentales, les rendre plus acceptables, tant et aussi longtemps qu'on ne réduira pas les inégalités sociales, on continuera d'entretenir des conditions propices à la stigmatisation et à l'exclusion sociale.

---

*On aura beau dé-stigmatiser toutes les maladies mentales, les rendre plus acceptables, tant et aussi longtemps qu'on ne réduira pas les inégalités sociales, on continuera d'entretenir des conditions propices à la stigmatisation et à l'exclusion sociale.*

---



---

<sup>8</sup> RRASMQ (2002) *Mémoire sur le projet de loi 112 visant à éliminer la pauvreté et l'exclusion sociale*, page 12.

# NOS COMMENTAIRES SUR LES ORIENTATIONS PROPOSÉES

---

## ORIENTATION 1

---

### PRÉVENIR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE EN FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DU POTENTIEL DES PERSONNES

8

Par-delà de la prévention de la pauvreté et de l'exclusion, cette orientation touche également à ce qu'on appelle la prévention «primaire» en santé mentale, soit aux mesures préventives qui devraient être implantées bien avant la mise en branle de tout processus de détérioration de la santé mentale d'une personne, en travaillant à la réduction des éléments stressants dans un environnement donné ou en fournissant aux individus et collectivités des outils pour mieux faire face aux agressions extérieures. Lorsque le problème de santé mentale apparaît, on arrive déjà dans ce qu'on appelle la prévention secondaire, au travers de laquelle on tente encore d'agir sur le potentiel des personnes, mais sans nécessairement agir directement sur ses conditions de vie, ce qui ne relève pas directement d'un plan d'action contre la pauvreté.<sup>9</sup> Mais nous pouvons affirmer, au vu des recherches menées sur ce sujet, qu'une action sur les déterminants sociaux de la santé mentale prévient doublement la pauvreté et l'exclusion, en agissant sur la pauvreté et sur la santé mentale elle-même.

Développer le potentiel des personnes implique de croire dans les capacités des personnes et de déployer, tout au long du parcours de vie, des mesures visant à atténuer les inégalités de chance entre les personnes. Le développement du potentiel des personnes peut se faire d'une variété de manières, et agir incidemment sur la santé mentale des Québécois.e.s de tous âges :

- **Égalité des chances face à l'école et par l'école** : assurer l'accès à la prématernelle 4 ans pour les enfants provenant de familles défavorisées, améliorer et garantir l'accès à des services d'accompagnement psychosociaux et pédagogiques pour les élèves en difficulté. Il faut souligner les chiffres accablants du MELS qui indiquent que «dès le niveau primaire et secondaire, le taux d'obtention d'un diplôme distingue déjà les élèves présentant un trouble mental des autres élèves: ce taux serait de moins de 25%, comparativement à environ 72% pour la moyenne des élèves québécois de moins de 20 ans (MELS, données non publiées). Pour les élèves dont le trouble mental apparaît plus tard, par exemple au moment où ils fréquentent déjà un établissement post-secondaire, la possibilité d'obtenir un diplôme ou une qualification est aussi grandement compromise.<sup>10</sup>»

Non seulement l'égalité des chances lors du parcours de la scolarité obligatoire est primordial, mais l'accès aux études professionnelles et supérieures également. Comme l'indiquait le Commissaire à la santé et au bien-être en 2012, «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

---

<sup>9</sup> Lafortune et Kiely, «La prévention des psychopathologies», p.57

<sup>10</sup> Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, page 118



cycle de la pauvreté, auquel sont particulièrement confrontées les personnes ayant des troubles mentaux, mais aussi de soutenir leur développement personnel et leur participation sociale.»<sup>11</sup> Alors que l'on sait que les troubles de santé mentale peuvent interférer avec le parcours scolaire et mener à une interruption des études, peut-on penser à un support additionnel pour les étudiant.e.s québécois.e.s?

- **Accès équitable aux services de santé** : des membres du Regroupement témoignent des difficultés vécues dans de nombreuses régions quant à l'accès géographique aux soins de santé, ou encore, quant à l'accès financier. Ainsi, sans transport adéquat disponible, plusieurs craignent les impacts de la fermeture de points de service, dans la foulée des changements liés à la loi 10. On constate également, dans le secteur de la santé mentale, que la pauvreté est un frein majeur à l'accès aux thérapies, notamment à la psychothérapie, pratique peu disponible dans le réseau public. Trop souvent, l'accès, lorsqu'on est pauvre, se résume à un *fast-track* vers une médication sans que celle-ci ne soit accompagnée d'un accompagnement psychothérapeutique, pourtant identifié comme essentiel pour assurer un mieux-être.<sup>12</sup> Cela s'avère pour les soins de santé mentale mais également pour les soins de santé physique, auxquels les personnes ayant des troubles de santé mentale peuvent avoir un accès partiel ou retardé, du fait de la discrimination et de la stigmatisation. Une personne perçue comme délirante qui se plaindrait de maux physiques pourrait, par exemple, être prise moins au sérieux... et voir sa vie mise en danger.

- **Rendre accessible financièrement et physiquement le transport collectif ainsi que le transport adapté**

On constate deux principaux problèmes quant à l'accès au transport, soit son coût élevé ainsi que l'inégale distribution des ressources en transport collectif sur l'ensemble du territoire québécois. Concernant son coût élevé et prohibitif, on constate que le prix (constamment en hausse) des passages de transport collectif constitue un frein majeur à la mobilité des personnes à faible revenu. À ce titre, le transport interurbain est, à ce



titre, le champion en termes de déficit d'accessibilité. La campagne du Projet PAL, intitulée *Pour un tarif social!- Arrêt d'autobus*, explique ainsi : « Qu'est-ce qu'un «arrêt d'autobus» ? Pour bien des gens,

<sup>11</sup> Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, page 118.

<sup>12</sup> «L'enquête Santé- Québec indique que les faibles revenus ont plus tendance à avoir recours au service d'urgence plutôt que de consulter en bureau privé (Joubert et al., 1988). Les interventions reliées à la prise de médicaments sont significativement plus nombreuses avec les individus de classe socio-économique faible (prescriptions de médicaments, vérification des effets de la médication, suivi pharmacologique, etc.), tandis que l'évaluation psychologique est préférée pour ceux provenant de milieux plus aisés (Gagnon, 1988).», Fortin, p.111.

l'arrêt d'autobus est l'endroit où l'on monte ou descend de l'autobus. Pour d'autres comme les personnes à faible et très faible revenu, l'arrêt d'autobus est l'endroit où l'on regarde passer l'autobus sans pouvoir le prendre. Dans ce cas, «l'arrêt d'autobus» signifie littéralement «l'arrêt» de la possibilité de se transporter.<sup>13</sup> Cette campagne vise à revendiquer un tarif social pour les personnes les plus pauvres, tout comme y ont droit les personnes du troisième âge. Mais le tarif n'est pas le seul obstacle à l'accès au transport.

On constate ce déficit de transport dans les régions éloignées, où les jeunes et moins jeunes vivent de l'isolement et de l'exclusion pour cause de faute de transport. Ils se retrouvent souvent à distance d'un marché du travail qui ne se trouve pas dans leur village, et doivent composer avec les options suivantes :

- Je veux aller travailler mais je n'ai pas d'auto et n'ai pas les moyens d'en avoir.
- J'ai de la difficulté à maintenir un travail car la pression me fait craquer mais je me suis endetté pour m'acheter un véhicule usagé...
- Je dois faire faillite et je demande de l'aide sociale...

On remarque finalement que de nombreux jeunes adultes, qui refusent un diagnostic en santé mentale, sont exclus des mesures de transport adapté alors qu'ils en auraient besoin. Les services doivent-ils absolument atterrir via un diagnostic?

#### FAVORISER LA RÉAPPROPRIATION DU POUVOIR

L'*empowerment* ou la réappropriation du pouvoir par les personnes en situation de marginalisation ou d'exclusion est un processus primordial pour combattre la vulnérabilité sociale. Les actions du gouvernement québécois devraient affirmer ce principe et le défendre au travers de ses mesures et pratiques. Le potentiel et les capacités des personnes sont trop souvent niés ou peu sollicités, de par le déploiement de mesures les privant de leur pouvoir d'action et de décision. Ainsi, les programmes et mesures devraient s'aligner sur ce principe, tout en prenant en compte les vulnérabilités et incapacités. Ainsi, de reconnaître la contrainte à l'emploi d'une personne ayant un trouble de santé mentale, et qui ne pourrait travailler que 15 ou 20 heures par semaine, ne devrait pas exclure de facto cette personne de l'univers social ou professionnel. De travailler sur le potentiel des



<sup>13</sup> Campagne Pour un tarif social! Arrêt d'autobus, Projet PAL.

personnes doit se faire au travers des mesures d'insertion sociale et professionnelle, au travers de programmes de formation, au travers de pratiques de participation sociale et citoyenne, et ce, dans le respect des désirs, des motivations et des capacités de chaque personne et surtout, doit-on le rappeler, dans la prise en compte de son pouvoir d'agir.

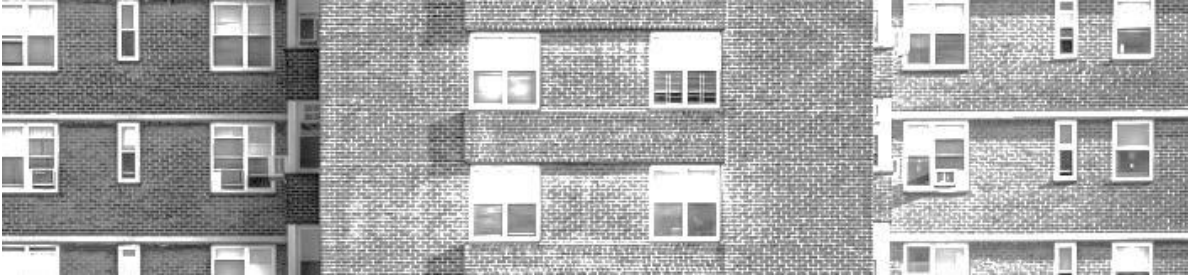
Travailler au développement du potentiel des personnes implique également d'être attentif aux échecs et abandons répétés auxquels font face les personnes ayant vécu des troubles de santé mentale. De reconnaître leur désir d'implication et de réalisation par le travail ou le bénévolat passe par le soutien à leurs démarches. Reconnaître également l'apport essentiel des personnes bénévoles ainsi que le travail non-rémunéré seraient également des vecteurs intéressants de reconnaissance du potentiel. Ne miser que sur le travail serait une option dangereuse, alors que l'implication sociale déploie des activités qui «permettent aux personnes de se sentir utiles et valorisées. Leur contribution doit demeurer significative et peut se faire dans divers secteurs d'activités. Elles doivent s'inscrire dans le cadre de projets basés sur l'aide ou l'entraide, dans une perspective communautaire et sans but lucratif. Elles visent l'amélioration de la qualité de vie de la personne au sein de sa communauté ou de la qualité de vie de la communauté elle-même et de ses membres. <sup>14</sup>»

Cette réappropriation du pouvoir serait grandement appuyée par une campagne de lutte aux préjugés à l'encontre des personnes vivant dans la pauvreté et/ou vivant avec un trouble de santé mentale. Ainsi, de favoriser le potentiel des personnes passe également par des pratiques claires de lutte à la stigmatisation, comme le font des campagnes régionales comme *100préjugés*<sup>15</sup>. Cette attention à la lutte à la stigmatisation devrait faire porter notre regard en direction des pratiques de dépistage précoce en santé mentale qui risquent de favoriser un sur-diagnostic et un effet d'étiquetage très tôt dans la vie.

---

<sup>14</sup> Comité de la santé mentale, 2005, p.19

<sup>15</sup> (<http://www.100prejuges.ca>)



## ORIENTATION 2

---

### RENFORCER LE FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

*La pauvreté et l'appauvrissement des populations constituent un des prédicteurs de la genèse et de la chronicisation, de l'alourdissement des problèmes de santé mentale.»*

Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité, p. 89.

mesure de couvrir leurs besoins de base, les gens ont diminué leur épargne et augmenté leur endettement. <sup>16</sup>»

Au Québec, une personne sur dix (750 000 personnes) est incapable de couvrir ses besoins de base. En 2011, on estimait que 10,7% de la population vivait avec un revenu inférieur à la Mesure du panier de consommation (MPC). « Depuis les 20 dernières années, la population s'appauvrit de plus en plus, sans vraiment s'en rendre compte puisqu'elle n'en vit pas les conséquences. En effet, pendant cette période, les dépenses ont augmenté deux fois plus vite que les revenus. Afin de compenser le manque à gagner et d'être en

### POUR UNE VÉRITABLE SÉCURITÉ ÉCONOMIQUE

En 1997 déjà, le RRASMQ affirmait que le Québec devait repenser le «contrat social» dans lequel le travail salarié est l'axe autour duquel se déploie le partage de la richesse. « Distinguer les aptes et les inaptes c'est stigmatiser les premiers en tant que peu dégourdi, voire «paresseux» et condamner les autres à un no man's line sociétal où leur statut de citoyenneté est réduit à celui d'assisté. Nous promouvons plutôt un régime qui garantirait à toutes les personnes un revenu de base décent sans égard à la notion d'aptitude au travail et sans obliger quiconque à participer à un programme d'insertion ou de développement de son employabilité. »<sup>17</sup>

Quelques 20 ans plus tard, force est de constater que les différents types de prestations sociales visant à assurer aux Québécois.e.s les moyens nécessaires pour répondre aux

---

<sup>16</sup> Institut Vanier de la famille, État actuel du budget des familles canadiennes, 2012.

<sup>17</sup> RRASMQ (1997), Réforme de la sécurité du Revenu - Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales, page 4

besoins essentiels, en tenant compte de leur situation particulière, sont nettement insuffisantes pour lutter efficacement contre la pauvreté. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) constatait dans son rapport de 2012 « Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec », que 80% à 90% d'entre elles sont sans emploi et l'aide sociale constitue leur unique source de revenu. De plus, «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 %) (Kirby et Keon, 2006). »<sup>18</sup>

Outre l'insuffisance des prestations d'aide sociale actuelles pour assurer un niveau de vie décent, d'autres mesures visant l'amélioration du revenu disponible pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale contribuent, à l'inverse des objectifs visés, à maintenir sinon à accroître les inégalités sociales. Pensons à la dichotomie entre les prestations versées aux personnes ayant une contrainte sévère à l'emploi et celles qui n'en ont pas. L'écart de près de 300\$ par mois est injustifié, les besoins de base à combler étant les mêmes dans les deux cas. De plus, cette distinction est génératrice de préjugés et de stigmatisation : personne utile socialement versus personne inutile. Bien que le travail demeure un vecteur d'identification fort pour les personnes, le RRASMQ réaffirme que le droit à la citoyenneté et à la participation pleine et entière à la société québécoise n'est nullement rattaché au fait d'occuper ou de pouvoir occuper un emploi salarié.

Enfin, le RRASMQ réitère son appui à la revendication portée par le collectif « Tanné(e)s d'être pauvres »<sup>19</sup> à l'effet de « *permettre aux personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi de gagner la différence entre les montants reçus de l'aide sociale (937\$ par mois) et le seuil de faible revenu (1893,33\$ par mois), sans pénalité ou remise en question du programme de soutien. Cette demande, qui n'occasionne aucune dépense supplémentaire au gouvernement, permettrait aux personnes de sortir de la pauvreté tout en respectant leurs capacités et représente un moyen concret d'action contre la stigmatisation, l'appauvrissement et la détérioration de la santé mentale et physique de ces personnes.* ». Cette revendication a reçu un large appui via une pétition citoyenne déposée à l'automne 2015 à l'Assemblée nationale du Québec.

---

*Les médecins sont très réfractaires à accorder une contrainte sévère car ils ne veulent pas stigmatiser, disent-ils.*

*Pendant ce temps, le jeune ou la jeune qui a de la difficulté à intégrer le marché du travail (à cause de son problème de santé mentale) se tape le nez sur un marché trop exigeant et vit échec après échec.*

*Cela mène à une baisse d'estime, à l'isolement, à l'exclusion... Au lieu de se rétablir, elle s'enfonce dans une spirale infernale.»*

---

*Témoignage d'une direction d'organisme*

<sup>18</sup> CSBE (2012), Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, page 114

<sup>19</sup> « Tanné(e)s d'être pauvres » est un groupe des personnes impliquées à la ressource alternative en santé mentale L'Ensoleillée, au Lac Mégantic.

Par conséquent, nous croyons que la présente consultation est une excellente occasion pour revoir en profondeur le régime d'aide sociale actuelle dans une véritable perspective de Solidarité sociale. L'instauration d'un Revenu social universel garanti (RSUG) nous apparaît comme une piste porteuse d'avenir. Cette mesure de solidarité sociale serait universelle, individuelle, inconditionnelle, inaliénable et cumulable à tout autre revenu. Le RSUG « serait



particulièrement efficace pour sortir les démunis du piège de la pauvreté en leur permettant de gagner d'autres revenus sans pénalité et, comme ils auraient le même traitement que tous les autres membres de la société, ils ne subiraient plus les préjugés associés au « bien-être social », ils seraient traités dignement, comme des citoyens à part entière. »<sup>20</sup> Le RSUG permettrait d'éliminer les distinctions stigmatisantes de statuts entre les chercheurs d'emploi, les bénéficiaires de l'assistance sociale, ceux qui touchent des prestations de chômage et les autres. Il permettrait en outre l'instauration d'une véritable politique de l'emploi au Québec orientée vers des emplois de qualité, valorisants et bien rémunérés.

#### RENFORCER LE FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE PAR DES MESURES STRUCTURANTES ENVERS LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

Sous l'influence de l'Organisation mondiale de la santé, un large consensus s'est établi au cours de la dernière décennie, partout dans le monde, à l'effet que la pauvreté, un logement inadéquat et l'incapacité de se trouver un emploi ou de s'instruire augmentent le risque de développer un trouble mental ou une maladie mentale. On décrit ces facteurs comme les déterminants sociaux de la santé et ceux-ci ont un effet significatif sur la santé mentale de l'ensemble des citoyens. Par conséquent, l'État québécois doit travailler de façon soutenue pour réduire les disparités en ce qui concerne les répercussions de ces déterminants sur les perspectives d'avenir et les résultats en santé au sein de la population et pour changer les politiques sociales ainsi que celles en matière de santé.

À notre avis, agir de manière structurante sur les déterminants sociaux contribue, plus que toute autre mesure palliative, à lutter contre la pauvreté et à prévenir une grande partie des problèmes de santé physique, mentale et psychologique. C'est ce à quoi s'attendent les personnes vivant avec un problème de santé mentale face au prochain Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au Québec. « Le réseau de la santé et des services sociaux ne peut à lui seul combler l'ensemble des besoins des personnes ayant un trouble mental et ceux de leur famille. En effet, au-delà des soins et services offerts par le réseau, une personne aux prises avec une maladie mentale présente

---

<sup>20</sup> Luc Gosselin (juillet 2015), Le revenu social universel garanti, <http://revenudebase.quebec/tag/revenu-social-universel-garanti/>

des besoins relevant d'autres sphères de la vie. Plusieurs facteurs jouent un rôle déterminant dans son rétablissement : avoir ou non accès aux études, grâce à des moyens adaptés à sa condition; avoir ou non un emploi permettant de bien gagner sa vie et de se réaliser; disposer ou non d'un logement convenable; etc.»<sup>21</sup> À l'instar de nombreux chercheur.e.s, intervenant.e.s et organisations communautaires, le RRASMQ insiste sur l'importance pour l'ensemble des institutions politiques et institutionnelles d'agir de façon concertée et structurante sur l'ensemble des déterminants sociaux.

- **L'accès au logement social**

Le Québec doit de manière urgente améliorer l'accès à un logement de qualité répondant aux besoins et à la capacité de payer de personnes les plus défavorisées de notre société. Les personnes vivant un problème de santé mentale se retrouvent beaucoup plus fréquemment sans logement ou vivent dans des conditions d'insalubrité que la population générale. Ceci n'est pas sans conséquence sur leur santé physique, sur leur capacité de rétablissement, de même que sur le taux de mortalité en moyenne inférieure de 20 ans à celui rencontré dans la population générale.

La relation entre pauvreté, santé mentale et conditions de logement est fort bien documenté. Les mesures visant à faciliter l'accès à un logement de qualité abordable contenues dans les divers plans d'action des dernières années (santé mentale, lutte à l'itinérance...) s'avèrent toutefois difficiles d'application dans un contexte où la quantité de tels logements est insuffisante dans beaucoup de régions du Québec.

Le RRASMQ est d'avis que le Gouvernement du Québec doit accélérer le pas afin d'accroître le nombre de logements sociaux disponibles en maintenant et en améliorant le Programme AccèsLogis et en bonifiant les autres mesures individuelles de soutien au logement.

- **Le soutien à l'éducation**

C'est reconnu internationalement, l'accès à l'éducation est le pilier de la lutte à la pauvreté. « 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 confrontées les personnes ayant des troubles mentaux, mais aussi de soutenir leur développement personnel et leur participation sociale (OMS, 2012c; Conseil de la science et de la technologie, 2009). L'éducation est effectivement largement reconnue comme un déterminant clé du bien-être personnel, qui contribue à la formation du capital humain (OMS, 2011c). »<sup>22</sup>

L'actuelle consultation devrait par conséquent affirmer haut et fort que l'éducation est une priorité pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Il nous apparait impératif de renforcer les mesures visant à accompagner et à soutenir les jeunes et les adultes en difficulté d'apprentissage. À notre avis, cela passe par des réinvestissements significatifs et par une meilleure reconnaissance des expertises développées dans les milieux communautaires en matière d'accompagnement et de soutien aux études.

---

<sup>21</sup> CSBE (2012), Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, page 1.

<sup>22</sup> CSBE (2012), Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, page 118.

## ORIENTATION 3

### FAVORISER L'ACCÈS À L'EMPLOI ET VALORISER LE TRAVAIL

«Plusieurs obstacles ont été relevés dans le champ de l'intégration au travail des personnes ayant des incapacités significatives et persistantes. Ceux-ci se regroupent de façon sommaire en trois catégories, soit :

- Les obstacles liés aux caractéristiques des personnes et aux types d'incapacités ;
- Les obstacles à caractère plus systémique découlant d'un manque de cohésion et de complémentarité entre les différents parcours proposés et services offerts ;
- Les obstacles liés à la situation sociale et économique des personnes ayant des incapacités significatives et persistantes.<sup>23</sup>»

16

### ACCÈS AU TRAVAIL

Nous constatons que les personnes ayant un vécu en lien avec des problèmes de santé mentale peinent à accéder au marché du travail, alors que de 50 à 70% d'entre elles souhaitent travailler<sup>24</sup>. Un historique de difficultés, des limitations fonctionnelles, un trou dans un curriculum vitae peuvent être autant de raisons motivant une discrimination de ces personnes face à l'emploi. On peut penser également à l'impact de la médication chez certaines personnes qui, du fait d'une posologie lourde, se retrouvent en situation de décalage chronologique, peinant à travailler dans le cadre classique de 9 à 5. Selon les chiffres de l'Association canadienne de la santé mentale, «le taux de chômage chez les personnes ayant une maladie mentale sérieuse reflète ces obstacles et s'élève entre 70 % et 90 % selon la sévérité de la déficience.<sup>25</sup>» on constate que «la stigmatisation et la discrimination seraient particulièrement présentes sur le marché du travail.

*«Moi chu tanné d'être pauvre! Les programmes sont bons, mais on n'avance pas en salaire, on reste toujours dans la pauvreté. Après plusieurs années de participation à des programmes, je veux pouvoir être payé convenablement pour le travail que je fais!»*

À titre d'exemple, la proportion d'individus atteints d'un trouble mental grave, aptes à intégrer le marché du travail, mais n'occupant pas d'emploi rémunéré, serait de 90 %, alors que chez les personnes atteintes d'un handicap physique, elle serait de 50 % (Harnois et Gabriel, 2000).<sup>26</sup> Ajoutons que « parmi les personnes qui sont prestataires du Programme de solidarité sociale, programme qui vise à accorder une aide financière de dernier

<sup>23</sup> Comité de la santé mentale au Québec, 2005, p.13.

<sup>24</sup> Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, p.119.

<sup>25</sup> Association canadienne pour la santé mentale, <https://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/obtenir-de-laide/1%E2%80%99emploi-et-la-maladie-mentale/>

<sup>26</sup> CSBE (2012), *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, page 24.



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). »<sup>27</sup>

Des efforts ont été déployés, au cours des dernières années, pour encourager le retour à la vie active pour les personnes ayant souffert ou souffrant de problèmes de santé mentale, mais on remarque que ces mesures sont insuffisantes pour permettre un réel accès à l'emploi.

Les mesures d'insertion socioprofessionnelles, volontaires et adaptées aux situations, sont pourtant hautement appréciées par les usagers des ressources membres du RRASMQ en ce qu'elles permettent une remise en action, dans les limites des capacités de la personne. Or, on constate qu'un programme comme le PAAS-Action resserre ses balises de plus en plus, refusant des personnes qui, il y a un an, pouvaient y avoir accès, sous prétexte qu'elles sont trop éloignées de l'emploi. Comment ces personnes considérées *trop éloignées de l'emploi* pourront-elles avoir accès au marché de travail, si on ne prévoit pas des mesures adaptées à leurs réalités? Le RRASMQ souhaite que la consultation actuelle aboutisse à des mesures visant à augmenter les ressources d'intégration au travail. Ces programmes doivent être conçus pour favoriser la mouvance de la personne, la soutenir dans son rythme de cheminement et ne pas être contraints par une échéance de temps et l'obligation de la finalité en emploi. Par exemple le Programme PAAS devrait être maintenu et la prestation bonifiée.



---

*«Il faut augmenter la prestation sur la mesure PAAS! Comment peut-on encore accepter de ne donner que 130\$ pour 80 heures de travaux «obligatoires» sans congé de maladie reconnu et sans vacances?»*

---

Le prochain plan de lutte à la pauvreté et à l'exclusion, tout comme la réforme de l'aide sociale actuelle (Projet de Loi 70) doit tenir compte de ces réalités. Quand on fait face à des problèmes de santé mentale, le temps et les conditions d'accompagnement sont des facteurs fondamentaux nécessaires dans tout processus d'intégration et de maintien à l'emploi.

De plus, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne souhaitent pas, le plus souvent, occuper des tâches réduites ou stigmatisantes : elles souhaitent accéder à un travail dans un milieu régulier. En effet, comme le démontre certaines études, c'est «le travail en milieu régulier que la plupart des personnes ayant des troubles mentaux graves désirent d'emblée, surtout les plus jeunes (Ramsay et autres, 2011). Étant ouvert à tous, il contribue plus naturellement au développement et au maintien d'une identité de citoyen à part entière (Boyce et autres, 2008).<sup>28</sup>» L'Association canadienne pour la santé mentale

---

<sup>27</sup> CSBE (2012), Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, page 114.

<sup>28</sup> Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, p.120.

renchérit en ce sens, en soulignant que «chaque individu a le droit d’avoir un emploi sur le marché du travail au lieu d’être étiqueté comme un client d’un programme de formation ou d’un atelier d’assistance au travail.<sup>29</sup>»

Or, nous constatons que les mesures de type Contrat intégration au travail (CIT), gérées par le SEMO mais accordées par SPHERE Québec, ont été coupées dans plusieurs régions. Cette mesure permettant d’accompagner une personne après un parcours PAAS-Action vise à supporter la personne par une subvention salariale pour l’intégration sur le marché du travail régulier. Cette mesure est de plus en plus difficile d’accès pour les personnes qui pourraient en jouir. On compte entre deux à trois mois d’attente pour l’accès à la subvention malgré toutes les démarches administratives complétées et un milieu de travail ciblé et collaboratif. Pour les personnes en début de parcours, nous constatons un délai de 6 à 8 mois. De plus, les coupures de personnel dans les SEMO rendent de plus en plus inaccessible ce service. Ainsi, l’accès au travail ne pourra se faire que par un réinvestissement dans les structures soutenant l’intégration.

#### AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Le fait d’occuper un emploi constitue certes un vecteur important de reconnaissance sociale. Toutefois, il est faux et illusoire d’avancer que le travail salarié assure de manière *sine qua non* un niveau de vie permettant à un individu d’éviter les affres de la pauvreté et de l’exclusion. De nombreux autres facteurs socioéconomiques entrent en ligne de compte : niveau de rémunération, conditions de travail, valorisation, capacité d’adaptation aux changements, limitations fonctionnelles, stress, anxiété... En somme, il ne suffit pas d’occuper un emploi, même stable, pour sortir de la pauvreté.

Agir contre la pauvreté et l’exclusion implique également d’assurer que les conditions dans lesquels se mènent le travail salarié ne mettent pas les employés à risque, que ce soit pour leur santé physique et mentale. Ainsi, d’améliorer les conditions de travail semble être un vecteur tout indiqué pour lutter contre la pauvreté et l’exclusion. Voici quelques pistes qui devraient être privilégiées, selon nos membres :

- Rehausser le revenu des travailleurs, de façon à permettre une sortie durable de la pauvreté. En cela, nous reprenons la revendication du Collectif pour un Québec sans pauvreté, soit la fixation du salaire minimum à au moins 13,37 \$ l’heure (2015) et sa révision annuelle afin qu’une personne seule travaillant 35 heures par semaine sorte de la pauvreté.
- Améliorer les conditions de travail en termes de sécurité, de conciliation travail-famille et de prévention du harcèlement au travail. Nous constatons que plusieurs personnes fréquentant nos ressource-membres y ont abouti suite à un épuisement professionnel, à un épisode de harcèlement ou encore, suite à une blessure vécue en milieu de travail. Il nous semble essentiel que des mesures additionnelles soient mises en place afin de s’assurer que les Québécois et Québécoises ne perdent pas leur santé en essayant de gagner leur vie.
- Adapter l’emploi aux personnes ayant eu ou présentant des troubles de santé mentale, de manière à assurer le plein accès à tous et toutes.

<sup>29</sup> <https://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/obtenir-de-laide/l%E2%80%99emploi-et-la-maladie-mentale/>

## ORIENTATION 4

### FAVORISER L'ENGAGEMENT DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ



Favoriser et soutenir la participation citoyenne, c'est essentiel. Mais de quoi parlons-nous, lorsqu'il est question de participation citoyenne? Et comment la supporter et la rendre durable? Nous constatons, du côté des ressources alternatives en santé mentale, que la participation citoyenne des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale est souvent restreinte par des contraintes externes, souvent liées à la pauvreté. Or, la participation permettant la remise en mouvement des personnes, il semble primordial de la favoriser en soutenant durablement les conditions de vie des personnes.

«L'exercice de la citoyenneté passe notamment par l'accès à un revenu décent, nécessaire pour se loger, se nourrir et se vêtir, et par la participation à des activités de la vie courante et à des loisirs. (...) L'exercice de la citoyenneté doit ainsi se situer en amont de toute démarche de réadaptation, de réinsertion ou de réintégration sociale.<sup>30</sup>»

Dans le but de favoriser l'engagement de l'ensemble de la société, il semble pertinent également de développer et soutenir les stratégies de contact entre les personnes très désaffiliées et exclues et leurs communautés : art-thérapie, lieux de rencontres et d'échanges, activités intergénérationnelles, etc. C'est sur cette base d'égalité et d'échange que l'on peut espérer un réel changement de mentalité, si l'on souhaite lutter contre les préjugés et la stigmatisation en lien avec la pauvreté et les problèmes de santé mentale.

Les organismes communautaires agissent déjà, depuis longtemps, auprès des personnes vulnérables et marginalisées. De mieux les soutenir dans leur action et de reconnaître leur apport social et économique nous semble des plus pertinents, en rehaussant, par exemple, le financement à la mission, comme l'avait promis en 2012 le gouvernement québécois en y engageant potentiellement la somme de 225 millions. L'engagement des organismes issus de la communauté pourrait ainsi se poursuivre, sans mettre en péril la santé mentale et économique des travailleurs et travailleuses qui oeuvrent en leur sein, de par une pressurisation constante dans le travail et des conditions salariales ne permettant pas de sortir de la pauvreté.

<sup>30</sup> Comité de la santé mentale, 2005, p. 10.

Finalement, il faut souligner l'importance du rôle du gouvernement qui, en tant qu'important employeur, pourrait favoriser l'intégration des personnes ayant des contraintes à l'emploi liées à des problèmes de santé mentale, en aménageant les conditions de travail ou encore, en appliquant des politiques d'accès à l'égalité à l'emploi.

De plus, le gouvernement du Québec pourrait contribuer grandement à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en adoptant des mesures qui ne se basent pas sur des préjugés à l'encontre des personnes pauvres ou souffrant de problèmes de santé mentale. Les dernières modifications réglementaires à l'aide sociale, mises en place en mai 2015 et laissant déjà connaître leurs impacts désastreux, ainsi que le dépôt récent du projet de loi 70 sur l'aide sociale nous semblent, en ce sens, des exemples à ne pas suivre. À ce propos, nous pouvons en appeler, sans exagération, à un changement majeur de paradigme dans l'approche gouvernementale, afin que des actions structurelles et structurantes soient prises de façon à mettre fin à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

---

*Une personne de notre ressource a fait la mesure EXTRA à l'époque, puis la mesure PAAS depuis 4 ans, dans un plan qui prévoyait à moyen terme une augmentation des tâches et des responsabilités. Ce projet a été supporté par un projet SISCA dans notre milieu, projet qui prendra fin en février. Elle a fait tout un parcours et relevé de nombreux défis! Elle se sent prête, aujourd'hui, à aller chercher une qualification d'adjointe administrative. Nous continuerons de l'accompagner, et pour ses études, et pour l'intégration au marché du travail. Mais aura-t-on les moyens, à même notre budget d'intégration socioprofessionnelle du PSOC (entente spécifique) de maintenir notre soutien?*

Témoignage d'une direction d'une ressource  
alternative en santé mentale, région de  
Chaudières-Appalaches

---



## EN CONCLUSION : ORIENTATION 5

---

ASSURER, À TOUS LES NIVEAUX, LA CONSTANCE ET LA COHÉRENCE DES ACTIONS



21

La cinquième orientation proposée dans le document de consultation insiste sur l'importance de la coordination des actions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Or, il nous semble particulièrement absurde que cette consultation publique ait lieu alors que le ministre actuellement responsable du Travail, de l'emploi et de la solidarité sociale a lancé, d'abord sans consultation publique, le projet de loi no70 qui mettrait en place le programme Objectif Emploi, programme contesté par bon nombre d'intellectuels et par plus de 200 groupes de la société civile québécoise. Pour reprendre les mots du document de consultation, il faut «faire en sorte que les politiques et mesures pouvant contribuer à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale soient complémentaires et cohérentes<sup>31</sup>», d'abord à l'intérieur d'un même Ministère, mais également au niveau interministériel.

Il faut souligner que plusieurs obstacles dans l'accès à l'emploi sont de nature systémique et témoignent de ce manque de cohérence. Dans un rapport du comité de la santé mentale, on souligne, déjà en 2005, «un manque d'articulation entre les deux principaux Ministères concernés, soit le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le chevauchement de leurs services dans plusieurs domaines, la présence de plusieurs parcours de développement de l'employabilité différents selon leur point d'accès et un manque de progression et de complémentarité entre les mesures de soutien financier dans les divers programmes et services, en sont que quelques-uns.<sup>32</sup>» Cette situation, malheureusement, ne semble pas s'être améliorée depuis.

Afin d'assurer une meilleure cohérence, nous suggérons également que la santé mentale doit être également considéré comme une responsabilité interministérielle, tout comme la lutte à la pauvreté ou à l'itinérance, et ne pas relever uniquement de l'action du Ministère de la santé et des services sociaux. Ses liens avec les déterminants sociaux étant primordiaux, l'action sur la santé mentale nous semble dépasser amplement les cibles retenues par le tout dernier Plan d'action en santé mentale du MSSS. Nous espérons ainsi retrouver, dans le cadre du prochain plan de lutte, de nombreuses mesures visant notamment à améliorer la santé mentale de nos concitoyens et concitoyennes.

---

<sup>31</sup> Document de consultation «Vers un troisième plan d'action gouvernemental», p. 24.

<sup>32</sup> Comité de la santé mentale, 2005, p. 7.

Finalement et en guise de conclusion à ce mémoire, nous vous renvoyons à notre propre mémoire déposé dans le cadre des consultations sur la loi 112, il y a 12 ans. Nous en appelions à mener un chantier de réflexion qui inclurait les personnes en situation de précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale. Ne serait-ce pas là la meilleure façon de s'assurer de la cohérence des actions déployées? Ainsi, nous nous permettons de réitérer les mots suivants :

«Réfléchir avec les personnes aux meilleures stratégies pour développer des services sociaux qui créent des espaces de création et permettent de tisser de nouveaux liens dans les communautés afin de diminuer les écarts entre les riches et les pauvres ; réapprendre à s'appivoiser sur des visages plus humains...sans peur, menace ou préjugés face à la folie de l'autre; voilà un rêve que nous souhaitons voir se réaliser concrètement avec la participation des personnes en situation de pauvreté dans tout ce processus de transformation des mentalités.<sup>33</sup>»

---

<sup>33</sup> RRASMQ, Mémoire depose dans le cadre des consultations sur la loi 112, 2004, p. 10.

## RÉFÉRENCES :

---

Agence de la santé publique du Canada, 2006, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/5-fra.php>

23

Association canadienne pour la santé mentale, «L'emploi et la santé mentale», <https://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/obtenir-de-laide/l%E2%80%99emploi-et-la-maladie-mentale/>

Organisation mondiale de la santé, *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé*, 2014.

Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, pages 22 à 25

Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux*.

Comité de la santé mentale du Québec, 2005, *Le Parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*.

Dorvil, H., 2007, «Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale» in *Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche*, chapitre 6, pp. 169-202. Québec: PUQ, 2007, 526 pp

Fortin D., «Pauvreté et maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades, et si oui pourquoi?», *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, 1989, p. 104-113.

Gosselin, L., 2015, «Le revenu universel garanti», <http://revenudebase.quebec/tag/revenu-social-universel-garanti/>

Institut Vanier de la famille, 2012, *État actuel du budget des familles canadiennes*.

Labesse, M-E., 2009, «La participation citoyenne : pour qui, comment et pourquoi?», *Revue Kaléidoscope*, volume 10, numéro 1, juin 2009.

Lafortune D. et M. C. Kiely, 1989, « "Prévention primaire des psychopathologies": appellation contrôlée », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 1, 1989, p. 54-68.

Lemyre L., 1989, « Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, p. 120-127.

RRASMQ, 1997, *Réforme de la sécurité du revenu- Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales.*

RRASMQ, 2004, *Mémoire sur le projet de loi 57 (Loi sur l'aide aux personnes et aux familles).*

RRASMQ, 2004, *Mémoire sur le projet de loi 112 visant à éliminer la pauvreté et l'exclusion sociale.*

RRASMQ, 2012, Avis sur le Rapport du CSBE.

[http://www.rrasmq.com/publications/Avis Analyses/CSBE Avis Rapport-2012.pdf](http://www.rrasmq.com/publications/Avis_Analyses/CSBE_Avis_Rapport-2012.pdf)

Robichaud et coll., 1994, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, de l'exclusion à l'équité*, Éditions Gaétan Morin.