



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

Consultations individuelles sur la performance des soins et des services dans le secteur de la santé mentale

Commentaires du Regroupement des ressources alternatives en santé mentales (RRASMQ) à l'intention du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec

Ces commentaires et recommandations ont été présentés au Commissaire à la santé et au bien-être le 23 janvier 2012.

Représentants du RRASMQ

- Chantal Donaldson, membre du conseil d'administration
- Sylvain Dubé, membre du conseil d'administration
- Robert Théoret, responsable à l'action politique

*Robert Théoret
23 janvier 2012*

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS
DU REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES
EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ)**

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Pour approche collective de la citoyenneté

- ✓ Le RRASMQ est d'accord avec les principes généraux proposés. Toutefois, le contenu du document laisse peu transparaître et avec l'acuité que nous souhaiterions l'importance des trois axes énoncés, notamment celui concernant **la participation des personnes concernées et le respect des droits**.
 - Par exemple, le texte mentionne la participation de personnes en tant qu'individus, mais pas comme **groupe citoyen** – en tant qu'instance à part entière - pouvant participer à divers processus. En ce sens, il est souhaitable qu'une orientation portant spécifiquement sur les moyens à mettre en œuvre pour permettre une réelle participation citoyenne et un pouvoir réel d'influence sur la planification et l'organisation des services. Notons qu'il y a encore très peu de personnes ayant eu un problème de santé mentale impliquées sur les comités d'usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour une vision globale et sociale de la santé mentale

- ✓ Les causes structurelles liées aux problèmes de santé mentale sont peu mises en lumière. Le mot pauvreté n'est mentionné qu'une seule fois dans le document, à la page 6. Le RRASMQ est d'avis qu'on devrait porter davantage d'attention aux déterminants sociaux de la santé. Les membres du RRASMQ partagent une vision positive des problèmes de santé mentale. « *Les états de détresse et de déséquilibre sont considérés comme normaux et font partie de l'existence humaine. De plus, les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir.* »¹

Or, dans un contexte où, au niveau international, on assiste à un dangereux élargissement de la notion et du spectre des « troubles mentaux » et de la « maladie mentale » à partir de visions principalement biologiques, nous croyons qu'il est urgent de réfléchir sur les divers phénomènes sociaux, économiques, politiques et culturels qui agissent sur la santé mentale des personnes et des collectivités. « *Selon la vision globale, les dimensions biologiques et psychologiques de la santé sont profondément ancrées dans le social : la situation financière, le logement, l'éducation, le travail, l'intégration à la société, l'histoire personnelle, l'alimentation, l'accès aux services sociaux et aux services de santé sont autant de facteurs reconnus pour leur impact déterminant sur la santé et la maladie.* »²

¹ RRASMQ, 2009, *L'Alternative en santé mentale – Ailleurs et Autrement*, page 7

² RQASF, 2011, *Santé mentale au Québec : Les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, page 25.

À défaut d'une approche sociétale de la santé mentale qui prenne en considération l'ensemble des déterminants sociaux, la société québécoise se condamne à des approches systémiques essentiellement biomédicales, médicamenteuses et institutionnelles. À terme, ces approches sont très coûteuses en termes de ressources financières et humaines.

Le RRASMQ souhaite qu'on ajoute un axe transversal à l'ensemble des recommandations portant sur l'approche globale de la santé mentale et l'importance des déterminants sociaux.

Pour une vraie responsabilité gouvernementale et partenariale en matière de santé mentale

- ✓ Nous croyons important que la responsabilité et l'imputabilité, non seulement celles du MSSS, mais de l'ensemble du gouvernement, soit une exigence clairement exprimée dans chaque orientation. La Politique de santé mentale de 1989 allait dans ce sens. Il faut, à notre avis, réitérer cette responsabilité de l'ensemble des acteurs gouvernementaux.

Les orientations générales du Plan d'action ministériel 2005-2010 (*La force des liens*) manifeste clairement une conception restreinte essentiellement orientée sur la prise en charge des personnes et axée sur les services à dispenser.

Or, la « prise en charge des personnes » n'est pas nécessaire ou souhaitable pour tout le monde. Au contraire, lorsqu'elle est trop présente, elle peut nuire et aller à l'encontre de l'appropriation du pouvoir et du rétablissement. Avant d'écouter, d'intégrer et de valoriser les « savoirs expérientiels » des personnes, il faut d'abord les accueillir dans leur globalité, en tenant compte de l'ensemble de leurs conditions d'existence et non en fonction de « leurs diagnostics, de leur maladie ». Répondre à leurs besoins et à leurs aspirations au mieux-être implique de nombreux acteurs en dehors du champ limité du domaine des services sociosanitaires.

En ce sens, à l'instar de nombreux acteurs communautaires et sociaux, le RRASMQ souhaite que le MSSS remette sur pied le **Comité santé mentale** aboli au début des années 2000. Nous croyons qu'une telle instance de concertation nationale permettrait d'assurer un véritable leadership quant aux orientations globales à développer ainsi qu'aux mesures spécifiques à entreprendre. Une telle instance apparaît nécessaire dans un contexte où les plans d'actions et les mesures actuelles ont de la difficulté à rallier l'ensemble des acteurs concernés.

À PROPOS DES ORIENTATIONS PROPOSÉES

LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION

- ✓ Le RRASMQ est d'accord avec l'analyse présentée particulièrement sur les deux affirmations suivantes :
 - « *Cette stigmatisation peut aussi se manifester par des attitudes et des comportements du personnel soignant et joue sur l'accessibilité aux services.* » (page 7)
 - « *Le manque de services dans la communauté, le manque de soutien accordé aux ressources communautaires et la présence d'obstacles à l'accès aux soins et aux services en santé mentale favorisent tous le maintien d'une attitude stigmatisante envers les personnes qui présentent un trouble mental et vivent maintenant en communauté.* » (page 7)
- ✓ Le RRASMQ partage l'analyse à l'effet qu'il existe plusieurs niveaux de stigmatisation. Cependant, nous sommes loin d'être convaincu que les campagnes des dernières années visant à déstigmatiser les problèmes de santé mentale (ex : la dépression, les troubles bipolaires...) contribuent efficacement à déstigmatiser les personnes. Peut-être contribuent-elles même à accroître les manifestations de discrimination à l'endroit des personnes qui vivent ces problèmes ?
- ✓ La stigmatisation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé s'ajoute aux autres formes de stigmatisation (ex : santé mentale et pauvreté, personne seule et santé mentale, santé mentale et femme monoparentale...)
- ✓ Les préjugés existent à l'intérieure du système de santé, même chez les professionnels et le personnel de soutien qui œuvrent en santé mentale. Les organismes communautaires alternatifs en santé mentale sont aussi victime de cette stigmatisation à cause de leur préjugé favorable à l'endroit des personnes.
- ✓ Employer le terme « maladie mentale » n'aide en rien à déstigmatiser. Cela fait peur, même chez beaucoup de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale !
- ✓ **Judiciarisation**
 - Bien que la P-38 soit nommé, il faudrait préciser d'autres situations en lien avec la judiciarisation qui découlent, non seulement de la stigmatisation, mais principalement, de la coercition et de l'abus chroniques dont nombreuses personnes utilisatrices sont des survivantes. Par exemple, il faudrait référer aux ordonnances de soins, au tribunal de la santé mentale et leur surreprésentation dans le milieu carcéral.

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions pour lutter contre la stigmatisation :

- Inclure dans les campagnes de sensibilisation la violence institutionnelle et les causes structurelles liées à la santé mentale.
- Mettre en lumière l'analyse différenciée selon les sexes de certaines situations et de certains traitements qui sont administrés aux femmes et particulièrement à celles plus âgées (par exemple l'ordonnance de soins et les électrochocs).

- Appliquer les recommandations du Protecteur du citoyen et de la Commission des Droits de la Personne et de la Jeunesse.
- Inclure la lutte contre la stigmatisation dans les cursus de diverses formations autant au niveau CEGEP qu'universitaire.
- Mieux informer et former les proches et les familles sur les droits des personnes usagères et sur les enjeux entourant le respect des droits de toutes les parties concernées.
- Utiliser davantage l'expertise des milieux communautaires et mieux soutenir leurs pratiques de sensibilisation à l'intérieur des communautés.

INTÉGRATION ET RÉINTÉGRATION SOCIALE

Logement

- ✓ Le logement / hébergement est avant tout un lieu de respect des droits citoyens et particulièrement lorsque le hébergement est assorti d'accompagnement psychosocial.
- ✓ Toutefois, il faut faire attention de ne pas confondre et assimiler l'accès à un logement individuel à un modèle de soin. Il faut bien distinguer l'hébergement (une mesure à caractère substitutif) au logement (droit social inaliénable). Trop souvent, on confond les deux. Il doit exister une frontière entre logement et hébergement.
- ✓ Pour améliorer l'accès au logement personnel et permanent, il faut s'assurer qu'il y a suffisamment de logements sociaux disponibles afin que le droit au logement pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ne supplante pas le droit au logement des autres citoyens.

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions en matière d'intégration et de réintégration sociale :

- Les pratiques d'intégration et de réintégration sociale doivent avant tout reposer sur une vision visant l'égalité des personnes en matière de droits sociaux. Le logement, le travail, l'éducation... sont avant tout des droits fondamentaux avant d'être des moyens d'intégration ou de réintégration sociale. En ce sens, c'est le système qui devrait être adapté aux besoins des personnes et non l'inverse.
- L'expertise des ressources alternatives en santé mentale en matière de soutien dans la communauté doit être pleinement reconnue et supportée. À l'inverse de ce qui s'est produit avec les services SI et SIV où les pratiques communautaires ont du s'adapter aux modes de gestion du réseau public, il faudrait reconnaître que les pratiques communautaires alternatives sont équivalentes et qu'elles doivent être soutenues à partir des indicateurs de suivi spécifiques et définis par le milieu communautaire.

PARTICIPATION ET SOUTIEN DES FAMILLES ET DES PROCHES

- ✓ Les proches des personnes vivant un problème de santé mentale doivent bénéficier de tout le support requis. Le rôle des parents et des proches est prioritaires pour définir les besoins et proposer des

moyens d'intervention pour y répondre. Cependant, le RRASMQ croit que les droits des parents ne doivent pas surpasser les droits des personnes. En ce sens, le soutien aux parents et aux proches ne doit pas être orienté vers un plus grand contrôle des personnes vivant un problème de santé mentale.

- ✓ De manière générale, les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ont encore beaucoup de difficulté à faire respecter leur intégrité et l'intégralité de leurs droits. Les préjugés à leur endroit sont très présents et persistants, même au sein de leur entourage. Le fardeau de la preuve, par exemple en matière de dangerosité, de capacité d'interagir *convenablement* à l'intérieur de la communauté ou de prendre des décisions *sensées*, repose sur leurs épaules. Le RRASMQ partage les craintes et les réticences des organismes de promotion et de défense des droits des personnes quand il est question de revoir les capacités et les possibilités légales des familles, des proches et des professionnels de la santé. Quand on touche aux droits des personnes marginalisées, les risques de préjudices et d'abus de pouvoir sont très présents.

PROMOTION D'UNE BONNE SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX

- ✓ Le RRASMQ partage la définition de la santé mentale portée par l'Association canadienne de santé mentale. « *La santé mentale est la façon dont une personne pense, se sent et agit dans la vie. Elle reflète la perception qu'une personne a d'elle-même, des autres et de son existence. La santé mentale a une influence sur la vision que l'on a de la vie et sur la manière de relever les défis et de résoudre les problèmes auxquels nous sommes confrontés. La santé mentale influence donc notre façon d'interagir avec notre environnement. Surmonter le stress, établir des relations avec les autres et prendre des décisions sont des actions directement liées à notre santé mentale. Étant donné que tout ce que nous sommes reflète notre santé mentale, on comprend pourquoi celle-ci fait partie intégrante de l'état de santé général d'une personne. Chaque jour, nous faisons face à des événements qui mettent à rude épreuve notre santé mentale. Nous sommes généralement en mesure de les maîtriser mais parfois la difficulté est telle que notre équilibre s'en trouve affectée. Toutefois, quel que soit le problème, il est possible de prendre des moyens pour améliorer notre bien-être psychologique. L'important n'est pas tant la résolution du problème que le sentiment d'estime de soi que nous connaissons lorsque nous faisons un pas, si petit soit-il, vers une solution. Nous pouvons tous prendre des mesures pour améliorer notre bien-être psychologique ou mental et celui des autres.* »
- ✓ Dans la conception et l'organisation des services en santé mentale, les principaux acteurs sont toujours ceux du corps médical et particulièrement les psychiatres. Leur vision et leurs préoccupations sont avant tout cliniques et curatives. Les causes systémiques et sociales sont alors trop souvent ignorées ou secondarisées.
- ✓ Tout en étant d'accord avec l'affirmation du document à l'effet que « *en inculquant tôt dans la vie de saines habitudes de vie, en sensibilisant aux facteurs de risque et de protection et en intervenant de façon précoce, il est possible de réduire l'impact de troubles mentaux et d'en éviter la chronicité* » (page 12), le RRASMQ croit qu'il faut agir avec prudence et intelligence afin que les pratiques de dépistage, surtout en milieu préscolaire et scolaire, ne contribuent pas à stigmatiser les jeunes qui expérimentent des difficultés d'ordre psychologique, émotionnelle ou d'apprentissage. En ce sens, les saines habitudes de vie et la sensibilisation aux facteurs de risques et de protection doivent être mises en perspective à des actions visant une amélioration globale des conditions de vie et d'égalité des chances pour l'ensemble de la population.

- ✓ En lien avec la prévention des troubles physiques, il faut mettre en lumière l'impact des médicaments sur l'obésité et le diabète (pour ne reprendre que les exemples donnés dans le document) ainsi que les effets secondaires et invalidants des médicaments psychotropes.
- ✓ Le RRASMQ questionne l'importance qui est accordée concrètement aux interventions de prévention et de promotion dans l'ensemble des services relevant des CSSS. L'expertise développée par les CLSC autonomes semble s'être perdue au profit de la mission curative des hôpitaux.
- ✓ Une attention particulière doit être mise sur le rôle des employeurs, mais aussi celui des assureurs, lorsqu'il s'agit de reconnaître un problème de santé mentale comme facteur d'absence au travail. Le harcèlement (pour un retour rapide, fournir multiples rapports médicaux, exiger la prise de médicaments comme condition de retour au travail) a un impact important sur les possibilités d'améliorer la santé des personnes en congé de maladie.
- ✓ Beaucoup d'activités de sensibilisation et d'information sont offertes dans les organismes communautaires (auprès des écoles, des entreprises, de la population en générale, etc.). Ceux-ci pourraient en faire plus s'ils avaient les ressources humaines et financières nécessaires ; il y a peu de reconnaissance face à ce volet pourtant très actif dans les organismes communautaires.

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions en matière de promotion d'une bonne santé mentale et de promotion des troubles mentaux :

- Miser sur les causes structurelles plutôt que sur les comportements problématiques individuels. Comment s'alimenter adéquatement et de façon saine alors que la pauvreté maintient bon nombre de personnes dans la survie ? Nous sommes convaincus qu'en agissant sur certains déterminants sociaux de la santé (ex : pauvreté, conditions de logement, conditions de travail, accès aux loisirs, alimentation...) cela aurait un impact direct sur les facteurs qui agissent directement sur l'équilibre psychologique et émotionnel des personnes. Tous les acteurs politiques, économiques et sociaux doivent être impliqués et sensibilisés sur les impacts des déterminants sociaux de la santé.
- La sensibilisation devrait inclure :
 - 1) l'interpellation et la réflexion critique sur nos valeurs collectives, et comment elles se traduisent dans divers milieux incluant dans nos milieux de vie;
 - 2) la vulgarisation de l'impact des déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé mentale;
 - 3) une réflexion éthique sur la psychiatrisation de certains problèmes sociaux et difficultés personnelles et sur la médicalisation des difficultés psychologiques et émotionnelles.
- Cette sensibilisation devrait faire partie intégrante du cursus obligatoire de formation des professionnels de la santé et de l'ensemble des intervenants sociaux.

CONSOLIDATION ET ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DE 1^E LIGNE EN SANTÉ MENTALE

À propos du passage sur les attentes liées à la mise en œuvre du Projet de Loi 21 :

- ✓ Le RRASMQ partage la vision concernant « l'importance à accorder à la connaissance et à la reconnaissance des compétences, expertises et approches des différents intervenants évoluant en santé mentale. » (page 15) Nous y ajoutons toutefois la reconnaissance des compétences, expertises et approches concernant les pratiques communautaires alternatives.

Si l'application de la Loi 21 peut susciter « *beaucoup d'espoir pour la valorisation des différentes expertises professionnelles* », elle peut aussi contribuer à un renforcement du pouvoir des corporations professionnelles au détriment d'initiatives et de pratiques alternatives développées par les organismes communautaires.

- ✓ Le RRASMQ croit que les principaux obstacles au travail en interdisciplinarité sont les suivants : les exigences de la hiérarchisation des services, la trop grande importance accordée au contrôle de la performance et la surnormalisation des professions encouragent le travail en silos. Il est devenu impossible de développer de véritable communauté de pratiques car les exigences administratives de performance font en sorte d'éloigner les praticiens les uns des autres. Ceci est particulièrement évident entre les professionnels et les intervenants des ressources communautaires.

À propos des autres constats :

- ✓ Les lacunes actuelles du financement des services publics de première ligne en santé mentale et de la mission des ressources alternatives ont amené beaucoup de CSSS à vouloir imposer une vision très hiérarchisée des modes de collaboration. Le RRASMQ constate que le travail en interdisciplinarité et en partenariat, au lieu de favoriser la mise en commun de différentes expertises et approches, entraîne actuellement davantage de confrontations et de remises en question de la pertinence des pratiques alternatives en santé mentale. Les exigences administratives applicables aux CSSS sont souvent incompatibles avec les façons de faire des ressources alternatives. La collaboration, sur une base égalitaire, est alors très difficile.
- ✓ Il n'est pas toujours facile pour les ressources communautaires alternatives de s'associer à l'atteinte des objectifs du PASM. Les différences de vision et de culture souvent sont trop grandes. Les pratiques, la philosophie, l'argumentaire, les idées ont beaucoup de difficultés à être prises en compte. On informe beaucoup plus souvent qu'on ne consulte. Par exemple, en ce qui concerne le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV), le PASM cible, à notre avis, une consolidation de l'offre de services dans la communauté davantage axée sur la prise en charge des personnes. Cette conception du *traitement dans la communauté* diffère de la vision et des pratiques alternatives de soutien communautaire. Dans ce contexte, les ressources alternatives communautaires ont beaucoup de difficulté à se faire reconnaître et à faire soutenir financièrement leurs activités.
- ✓ Actuellement, trop de médecins généralistes ne connaissent à la fois la santé mentale et les interventions réalisées dans le milieu communautaire. Ajoutons les difficultés d'arrimage entre les médecins de première ligne et les psychiatres (ex : la difficulté dans la circulation de l'information (dans le respect de la confidentialité) entre le psychiatre et le médecin de famille). Conséquemment, les médecins généralistes ne sont pas toujours en mesure de jouer un rôle plus actif auprès des personnes qui les consultent. Cela fait obstacle à l'accessibilité et à la continuité des soins et services.
- ✓ Considérant qu'une proportion importante des cadres et des ressources humaines de première ligne proviennent du milieu hospitalier dans lequel elles ont œuvré pendant de nombreuses années, il nous apparaît irréaliste d'espérer que ces personnes soient en mesure de mettre de l'avant des approches de la santé mentale qui reposent sur des valeurs et des compétences nouvelles et très différentes.
- À propos de l'établissement d'un « *culture de la performance* », le RRASMQ considère que des critères de performance trop stricte risquent d'interférer avec la recherche d'une meilleure qualité de services. Performance et pratiques plus humaines ne font pas toujours bon ménage. La qualité des rapports humains doit toujours avoir préséance sur les exigences d'efficacité et de rentabilité des services.
- ✓ **Le RRASMQ rappelle qu'on ne devrait pas appliquer des indicateurs de performance similaires à ceux applicables en milieu institutionnel aux organismes communautaires. Les cultures et les modes de fonctionnement très différents en usage dans les organismes communautaires s'accommodent**

difficilement des paramètres de gestion en vigueur dans les établissements. Conséquemment, nous souhaitons que le document final précise cette section du texte (référence page 15 du document de consultation).

- « Le MSSS reconnaît dans le PASM que les organismes communautaires ont développé une expertise et un leadership qui doivent être reconnus et soutenus, tant au niveau de la défense de droits que pour l'intégration sociale. On y affirme que tout en respectant l'autonomie des organismes communautaires, ces derniers sont invités à s'associer à l'atteinte des objectifs du PASM. Lors des consultations, plusieurs acteurs ont abordé la question des difficultés d'arrimage entre les ressources communautaires et le réseau de la santé. Plusieurs insistent sur le sous-financement des organismes communautaires, surtout au regard de leur mission et de leur clientèle. Ces ressources doivent composer avec de nombreuses difficultés, dont une surcharge de travail et le manque d'intervenants compétents voulant travailler dans le milieu communautaire étant donné les conditions de travail souvent difficiles. Des tensions persistent également en ce qui concerne l'autonomie des organismes quant à leur liberté de répondre à leur mission tout en restant fidèles à l'approche qu'ils préconisent. » (page 16)
 - **Cette affirmation est très juste. Les difficultés d'arrimage ne dépendent pas uniquement de la disparité des ressources humaines et financières. En ce qui concerne, les ressources alternatives les difficultés d'arrimage résultent davantage des visions, des valeurs, des façons d'être et de faire différentes. Les fondements d'une meilleure collaboration ou d'un partenariat plus harmonieux passent nécessairement, sur le terrain, en dehors des déclarations de reconnaissance contenus dans les orientations globales du MSSS, par une véritable reconnaissance du rôle original et nécessaire joué par les ressources alternatives. En guise d'exemple, signalons le rôle essentiel joué par les « groupes d'entraide ». Ces ressources qui font office de milieux de vie dans la communauté jouent un rôle essentiel pour des milliers de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Or, l'importance de ces ressources a toujours été sous-estimée et mal soutenue au niveau des subventions.**

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions en matière de consolidation des services de première ligne en santé mentale :

- Au niveau des pratiques d'intégration et de soutien dans la communauté, cesser de considérer le « soutien dans la communauté » de la même manière qu'on considère le soutien aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ou en déficience intellectuelle. En dehors des approches institutionnelles du SIM et du SIV, il existe des approches spécifiques de soutien communautaire, individuelles et collectives, développées de manière autonome par les ressources alternatives. Ces approches et ces pratiques ne devraient pas être amalgamées et soumises aux mêmes paramètres que ceux en vigueur dans les milieux institutionnels.
- Diminuer les exigences liées à la gestion *bureaucratique* et augmenter la concentration des ressources sur les besoins des personnes. Dans le travail interdisciplinaire, une place réelle doit être accordée aux attentes des personnes usagères et à l'évaluation qu'elles font des services qui sont disponibles et qui sont rendus.
- Il est urgent de rehausser le financement des organismes alternatifs communautaires en santé mentale (voir tableau 1) et d'agencer les mécanismes de soutien financier pour appuyer leur mission globale dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Au RRASMQ, nous sommes d'avis que le financement spécifique en lien avec des mesures particulières de la planification

gouvernementale ou à travers des ententes de services avec les CSSS (ou d'autres établissements publics) nuisent à la capacité novatrice des ressources alternatives. Ces modes de financement contribuent à une spécialisation excessive des pratiques dans la communauté.

Proportion des dépenses en santé mentale octroyées aux organismes communautaires en santé mentale					
Région	Période du PASM 2005-2010				
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
R 01 Bas St-Laurent	7,9 %	8,0 %	7,6 %	7,3 %	7,1 %
R 02 Saguenay-Lac St-Jean	9,6 %	8,8 %	8,5 %	8,6 %	8,8 %
R 03 Capitale nationale	7,3 %	7,1 %	7,3 %	7,1 %	7,1 %
R 04 Mauricie – Centre du Québec	6,9 %	7,5 %	6,8 %	6,7 %	6,8 %
R 05 Estrie	5,4 %	5,2 %	5,2 %	5,1 %	5,1 %
R 06 Montréal	5,3 %	5,2 %	5,3 %	5,2 %	5,3 %
R 07 Outaouais	12,1 %	11,4 %	11,3 %	10,9 %	10,1 %
R 08 Abitibi-Témiscamingue	11,9 %	11,5 %	11,1 %	11,1 %	10,7 %
R 09 Côte-Nord	11,6 %	11,1 %	11,4 %	10,4 %	10,3 %
R 10 Nord-du-Québec	31,5 %	26,6 %	23,1 %	26,9 %	28,3 %
R 11 Gaspésie – Îles de la Madeleine	8,5 %	9,2 %	10,0 %	9,9 %	9,7 %
R 12 Chaudière-Appalaches	8,2 %	7,6 %	7,7 %	7,5 %	7,3 %
R 13 Laval	13,0 %	11,9 %	13,9 %	13,3 %	8,0 %
R 14 Lanaudière	6,3 %	6,1 %	6,2 %	6,2 %	5,6 %
R 15 Laurentides	5,7 %	5,3 %	5,1 %	4,4 %	4,3 %
R 16 Montérégie	12,1 %	11,9 %	11,0 %	9,9 %	9,4 %
TOTAL	7,3 %	7,2 %	7,2 %	7,0 %	6,7 %

Notes :

- Dans la Politique de santé mentale (1989), dans le Bilan de la Politique de santé mentale (1998) et dans le PASM 2005-2010, le MSSS avait fixé à 10% de l'enveloppe santé mentale la proportion qui devait être accordé au soutien des organismes communautaires en santé mentale.
- L'enveloppe du programme-services santé mentale totale est calculée à partir des « dépenses nettes selon la région sociosanitaire » (Source : Bulletins statistiques INFO-CONTOUR du MSSS pour les années 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010) auxquelles on a ajouté 30% pour tenir compte des dépenses de soutien. Le pourcentage (30%) utilisé a été convenu en 2007 avec la Direction de la santé mentale du MSSS.
- Les données sur le financement des organismes communautaires proviennent des Rapports annuels de gestion des agences régionales pour les années 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010.

DIVERSIFICATION ET ADAPTATION DE L'OFFRE DE SERVICES AUX BESOINS

- ✓ « D'après les consultations effectuées par le Commissaire, pour atteindre les objectifs visés en termes de réponse aux besoins, les soins et les services doivent être appropriés et adaptés à la réalité des usagers. Aussi, la diversité et l'adaptation de l'offre de services sont considérées comme fondamentales. La diversification de l'offre de services dans le secteur de la santé mentale requiert une ouverture à une pluralité d'approches, dont celles des ressources alternatives. Certains services peuvent être plus appropriés et efficaces que d'autres non seulement en fonction des diagnostics, mais aussi selon les particularités et les valeurs de l'utilisateur. Il ressort du travail effectué par le Commissaire que les différentes ressources et services disponibles ainsi que l'expertise de certains intervenants peuvent être méconnus des professionnels et des citoyens, d'où l'importance de développer de l'information à cet effet et d'en faire la diffusion. » **Le RRASMQ partage ce constat.**

- Ce passage est très intéressant puisqu'il met l'accent sur l'importance d'une offre de services appropriés et adaptés selon les besoins, les particularités, les valeurs et les aspirations des personnes. Or, à notre avis, c'est là une des forces des ressources alternatives en santé mentale.
- Les pratiques alternatives sont très mal connues des professionnels du réseau public de la santé et des services sociaux.
- ✓ Le RRASMQ est d'accord avec le passage du document (page 16) de consultation où il est fait mention du désir des personnes usagères d'avoir accès à des pratiques alternatives de traitement :
« *Des usagers rencontrés ont également mentionné qu'ils aimeraient se voir offrir davantage d'alternatives au traitement pharmacologique de leur trouble de santé mentale, c'est-à-dire que l'intervenant connaisse d'autres types de ressources (ressources communautaires, groupes d'entraide, méthodes alternatives, etc.) et qu'il fasse part de ces possibilités à ses patients. Nos consultations nous amènent à penser que des pratiques innovantes permettant le développement de nouveaux services répondant à des besoins ou à des caractéristiques particulières de clientèles pourraient être davantage soutenues (groupes de discussion, club d'activités sportives, etc.).* »
- ✓ Les principes d'adaptabilité et d'accessibilité universelle sont bien documentés. Il faut cependant la volonté politique de les appliquer.
- ✓ Le principal point de référence pour assurer la diversification et l'adaptation des services devrait émaner des personnes utilisatrices elles-mêmes. Les services doivent s'ajuster aux besoins des personnes et pas aux besoins *du réseau de soins*.

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions en matière de diversification et d'adaptation de l'offre de services :

- Rendre disponible des formations sur les droits et l'exercice de la citoyenneté comme moyen de mieux connaître et utiliser les services.
- Pour ce qui est de certains groupes les plus marginalisés et exclus (ex : autochtones, personnes réfugiées...) travailler simultanément à la mise en place des services et à enrayer les causes structurelles ayant un grand impact sur leur santé mentale (ex : racisme, colonialisme, politiques de refuge...)
- Faire partager l'expertise des ressources alternatives. (Exemple : Les pratiques de traitement présentées dans *Le Mouvement de l'être : Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. (http://www.rrasmq.com/mouvement_livre.php))
- Mettre sur pied des activités de maillage et de partage d'expertise entre les organismes communautaires en santé mentale et ceux qui travaillent avec ces groupes (ex : immigrants...)
- Rendre plus accessibles les services de psychothérapie et à d'autres approches thérapeutiques non médicamenteuses. Celles-ci devraient être considérées comme un « traitement thérapeutique » à part entière et les rendre disponibles dans le secteur public. Ces services devraient en outre être couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

CONTINUITÉ, INTÉGRATION ET COORDINATION DES SERVICES

Santé mentale et physique

- ✓ Les médicaments, utilisés moyen thérapeutique principal, ont des effets secondaires à court, moyen et long terme. Parmi ces effets, on note le développement de problèmes de santé physique qui deviendront chroniques, entre autres : dysfonctionnement de la thyroïde et du pancréas, surpoids, arythmies cardiaques, maladie de Parkinson. Les personnes sont rarement informées de tous ces effets et elles doivent chercher par elles-mêmes à les connaître, souvent lorsque c'est trop tard.

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions en matière de continuité, d'intégration et de coordination des services :

- Inclure dans l'offre de services ceux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) en lien avec le développement de problèmes de santé physique liés à la prise de médicaments. Il va de soi que le recours à d'autres approches comme la Gestion autonome de la médication (GAM) ou des approches thérapeutiques non médicamenteuses pourrait avoir une grande influence à ce chapitre.

AMÉLIORATION DES PRATIQUES

- ✓ Le RRASMQ est d'accord avec la proposition amenée à la page 21 du document de consultation : « *Il ressort de nos consultations que plusieurs manifestent l'intérêt de développer des indicateurs de qualité des services qui s'intéresseraient par exemple au respect des droits, à la satisfaction des usagers, aux attitudes du personnel soignant, aux habitudes de consultation et de prescription, etc. Aux dires des personnes consultées, les usagers de services en santé mentale et leurs proches devraient être impliqués dans la recherche, le développement et l'évaluation des pratiques.* » Les personnes usagères des services doivent être impliquées à toutes les étapes des processus d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

À PROPOS DES PISTES D'ACTION ENVISAGÉES

Quelques recommandations concernant les pistes d'actions en matière d'amélioration des pratiques:

- Effectuer des études rétrospectives menées par des chercheurEs indépendantEs sur les résultats de l'application des électrochocs. Dans l'attente de résultats concluants, cesser son administration, puisque cette pratique semble augmenter en dépit des dénonciations faites par des personnes l'ayant subie.
- Réserver des fonds spécifiques aux recherches axées sur les intérêts et priorités des groupes citoyens d'utilisateurs. Ces recherches devraient prévoir leur implication dans toutes les étapes de la recherche.
- En ce qui a trait à l'évaluation de la performance :
 - 1) Faciliter la participation à toutes les étapes (incluant celle du choix des indicateurs de performance) de groupes de citoyens utilisateurs.
 - 2) Que toute évaluation s'accompagne de mesures de responsabilité et d'imputabilité.