



*Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec*

**ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR UN BILAN  
DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010**

*La force des liens*

*Novembre 2010*

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) remercie la Direction de la santé mentale de permettre aux organismes et regroupements nationaux de présenter des commentaires et des réflexions dans le cadre de la consultation sur le bilan du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *La force des liens*. Il accueille avec une grande satisfaction cet exercice de bilan; il souhaite que celui-ci contribue à améliorer l'accessibilité à une diversité de services et de pratiques nécessaires pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

---

### ***Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)***

Le RRASMQ regroupe **une centaine d'organismes communautaires** partageant une même volonté de promouvoir des pratiques alternatives et novatrices dans le domaine de la santé mentale au Québec. Le fonctionnement et les pratiques des membres du RRASMQ sont en outre centrés sur l'implication active des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. La contribution originale de ces ressources alternatives a maintes fois été reconnue dans les documents gouvernementaux et par les équipes de chercheurs.

Les membres du RRASMQ déploient leurs activités et leurs services dans beaucoup de domaines : groupes d'entraide, ressources d'hébergement temporaire, d'intégration socioprofessionnelle, services communautaires d'intervention de crise et de soutien dans la communauté. Bon nombre de ces groupes agissent à plusieurs niveaux pour améliorer les conditions de vie des personnes vivant des difficultés émotionnelles, psychologiques et de santé mentale plus ou moins importantes. Globalement, ces ressources alternatives rejoignent, annuellement, **plusieurs milliers de citoyennes et de citoyens québécois** majoritairement dépourvus au plan socioéconomique. Ces personnes peuvent recevoir, de manière plus ou moins continue, des services publics médicaux et psychosociaux reliés à leur état.

Enfin, le RRASMQ compte parmi ses membres associés les 16 tables et regroupements régionaux communautaires en santé mentale. La composition de chacune d'entre elles varie; certaines réunissent uniquement des ressources alternatives alors que d'autres ont un membership diversifié. Le RRASMQ anime des rencontres régulières de ces instances. Il entretient aussi des liens de collaboration avec les principaux regroupements nationaux communautaires impliqués dans le domaine de la santé mentale.

## **Introduction**

Depuis l'entrée en vigueur du PASM 2005-2010, le RRASMQ a suivi l'évolution des diverses mesures initiées par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Il a consulté ses organismes membres sur les impacts ressentis à la fois, sur le fonctionnement des ressources alternatives ainsi que sur la vie des personnes usagères qui recourent à leur aide. Les cibles et les mesures du PASM ont fait l'objet de nombreux échanges dans les diverses instances du RRASMQ (assemblées générales annuelles, conseil d'administration, comités de travail...). Notons principalement le séminaire tenu au printemps 2008 sur les pratiques alternatives de soutien dans la communauté ainsi que la rencontre nationale d'avril 2009 visant justement à amorcer une démarche de bilan communautaire du plan d'action ministériel. En collaboration avec les tables et les regroupements régionaux et nationaux, le RRASMQ a suivi attentivement l'évolution du soutien financier accordé par les agences régionales aux groupes communautaires œuvrant spécifiquement en santé mentale. Le RRASMQ a aussi invité ses membres à participer activement au processus de bilan ministériel de la dernière année en leur fournissant certains outils susceptibles de les aider à formuler leurs constats et leurs analyses.

Dans le cadre de cette audience nationale, le RRASMQ, tout en suivant autant que possible la grille d'analyse transmise par la Direction de la santé mentale, a fait le choix d'aborder principalement **les questions suivantes** :

1. les relations partenariales souhaitées entre les ressources communautaires et les milieux institutionnels;
2. la place faite aux groupes d'entraide dans l'élaboration et le suivi des principales mesures du PASM;
3. l'évolution du soutien financier accordé aux ressources communautaires et alternatives en santé mentale, principalement en ce qui a trait à l'objectif de consacrer, dans chacune des régions du Québec, 10% de l'enveloppe globale en santé mentale au soutien financier des groupes communautaires.

Le RRASMQ est conscient que les quelques commentaires et réflexions qui suivent ne reflètent qu'une infime partie de la réalité. Il souhaite toutefois que ceux-ci permettront de poursuivre la réflexion afin d'améliorer la contribution du milieu communautaire à l'objectif fondamentale d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services sociaux et de santé pour l'ensemble de la population québécoise.

**COMMENTAIRES ET REMARQUES SUR CERTAINES DES MESURES**  
**DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010**  
*La force des liens*

## **PREMIÈRE PARTIE : LA POPULATION EN GÉNÉRAL**

**OBJECTIF :** Réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale.

D'entrée de jeu, le RRASMQ avait manifesté son accord avec cet objectif central du PASM 2005-2010. Il déplorait cependant la faiblesse des moyens proposés pour atteindre l'objectif.

### **A. Information et sensibilisation en santé mentale**

#### **COMMENTAIRES DU RRASMQ :**

- Lors de la rencontre nationale tenue en avril 2009, les participantes et participants ont eu l'occasion d'échanger sur le thème du **rétablissement**. Tout en reconnaissant l'intérêt et l'apport « du concept de rétablissement », et son lien avec la vision et les principes défendus depuis longtemps par les ressources alternatives, beaucoup de personnes usagères et d'intervenantEs, ont questionné certains des impacts :
  - Plusieurs ont signalé que le rétablissement renvoie à une vision biomédicale des problèmes de santé mentale plutôt qu'à une approche sociale et systémique des difficultés et des souffrances vécues par les personnes.
  - Au fur et à mesure qu'on entend parler du rétablissement, on entend parler de plus en plus de « maladies mentales ». Il existe une tendance lourde à vouloir considérer toutes les difficultés émotionnelles et les souffrances psychologiques comme des maladies nécessitant l'intervention du corps médical et, trop souvent, le recours à la médication. Les problèmes de santé mentale sont considérés comme des maladies au même titre que les problèmes de santé physique.
  - En ce sens, plusieurs s'interrogent sur les impacts véritables au niveau de la déstigmatisation.
- Au niveau de l'organisation des services, la psychiatrie institutionnelle et la médicalisation prennent de plus de place dans le traitement des différentes manifestations de la détresse émotionnelle et ce au détriment d'autres formes d'intervention thérapeutique.

### **B. Services médicaux courants (médicaux et psychosociaux)**

- Le fait que la mise en œuvre du PASM se soit réalisée dans un contexte de réforme structurelle de l'ensemble des services sociaux et de santé québécois n'a pas permis, à notre avis, d'assurer les mécanismes fluides souhaités. Force est de constater la persistance, après 5 ans, des inégalités dans la mise en place complète des services de premières lignes.
- Pour bon nombre d'organismes communautaires (principalement à l'extérieur des grands centres urbains) le partage des responsabilités entre les services psychosociaux généraux dispensés par les CSSS et les services et activités dispensés par le milieu communautaire continue de soulever des inconforts significatifs.
  - Dans certaines régions, les groupes communautaires ne se sentent pas reconnus à leur juste valeur, leurs pratiques, leur compétence et leur autonomie d'action sont de plus en plus questionnées par les intervenantEs du réseau public.
  - Dans d'autres territoires de CSSS, l'action des organismes communautaires est complètement ignorée et ce, même si des projets cliniques en santé mentale existent.

- De façon assez générale, les ressources alternatives et les personnes qui les fréquentent déplorent le manque d'accessibilité à des services thérapeutiques non médicaux gratuits.

### **C. Services de crise**

- Malgré le fait que le RRASMQ compte parmi ses membres quelques centres de crise, nous croyons que le Regroupement de services communautaires d'intervention de crise du Québec est mieux placé pour dresser un bilan national complet et pertinent.
  - Cependant, à chaque fois que la question a été abordée dans les activités du RRASMQ, les membres ont déploré l'insuffisance de ces services un peu partout au Québec, principalement à l'extérieur des grands centres urbains, et le manque de soutien financier attribué à ce type de ressource.

---

## **TROISIÈME PARTIE : LES ADULTES AYANT UN TROUBLE MENTAL**

### **A. Évaluation et traitement-première ligne**

**OBJECTIF :** Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne.

**Commentaires du RRASMQ :**

- Les services de première ligne et les guichets d'accès ne sont pas encore en place ou pleinement opérationnels dans plusieurs CSSS.
- Outre les problèmes persistants au niveau de l'accès aux médecins généralistes, plusieurs personnes utilisatrices déplorent la référence quasi systématique aux services psychiatriques.
- Le manque d'accessibilité à de services psychologiques et thérapeutiques gratuits dans plusieurs territoire de CSSS est aussi observé, tant par les groupes que par les personnes utilisatrices.

### **B. Suivi intensif et soutien d'intensité variable**

**OBJECTIF :** Assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables.

**Commentaires :**

C'est à ce niveau que ce sont manifestés les plus grands inconforts chez les ressources alternatives et les personnes qui les fréquentent. De manière générale, les organismes communautaires déplorent le manque de reconnaissance de leurs pratiques de soutien des personnes dans la communauté. Dans bon nombre de régions, les agences et les CSSS ont de la difficulté à reconnaître et à soutenir financièrement les services et / ou les interventions pouvant être associés à du « soutien communautaire » et ce, malgré le fait que leurs pratiques contribuent directement à maintenir les personnes en dehors des services institutionnels, à leurs permettre d'avoir une vie satisfaisante et enrichissante au plan social, économique et culturel.

Le RRASMQ s'interroge (et s'inquiète) aussi de l'importance accordé au volet clinique (biomédicale) du « SIV » au détriment d'une approche plus globale de la personne. Il se questionne en outre, depuis le début du PASM, sur la tendance à vouloir systématiser et standardiser les diverses pratiques de soutien dans la communauté autour de l'axe SI – SIV – Soutien en logement. Pour le milieu communautaire alternatif, les pratiques d'intervention visant à intégrer et à maintenir les personnes dans la communauté devraient être abordées de manière plus globale et tenir compte davantage des expertises mises en place par le milieu communautaire.

Les ressources alternatives qui se sont déployées autour des pratiques d'entraide par les pairs ont vues ces pratiques, souvent axées autour d'intervention collective, progressivement marginalisées au profit des interventions orientées davantage sur les individus et leurs situations personnelles. « Les groupes d'entraide sont considérés de plus en plus comme des groupes de loisirs et non plus comme des espaces d'intervention. » **Nulle part dans le PASM on mentionne le rôle crucial joué par les groupes d'entraide.** Quand les CSSS réfèrent des personnes aux groupes d'entraide c'est soit, parce qu'on ne sait pas quoi faire avec elles ou parce que la participation au groupe d'entraide s'inscrit dans le plan d'intervention élaboré par l'intervenantE du CSSS. Les activités mises en place dans les groupes d'entraide, l'implication des personnes utilisatrices et le support psychologique souple donné à ces personnes contribuent pourtant de manière très significative au maintien dans la communauté et à l'intégration citoyenne.

Au plan du soutien financier, les groupes d'entraide (et les activités communautaires axés sur l'entraide) sont celles qui ont été les moins bien soutenus au cours des 5 dernières années (à peine une indexation annuelle de 2%). **Or, les personnes qui fréquentent ces organismes témoignent que l'entraide par les pairs, l'aide et le soutien reçues par les intervenantes et intervenants a très souvent permis d'éviter l'hospitalisation et ce, sur plusieurs années.**

**Le RRASMQ recommande à la Direction de la santé mentale de revoir cet aspect du PASM afin de tenir compte du rôle majeur joué par les groupes d'entraide en matière de lutte contre la stigmatisation et en matière de maintien et de soutien des personnes dans la communauté. Au cours des 40 dernières années, les virages majeurs en matière d'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de santé et au plan du développement d'approches alternatives novatrices d'intervention et de prévention ont beaucoup bénéficié du rôle des groupes d'entraide.**

### **C. Services résidentiels**

**OBJECTIF :** Améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome.

#### **Commentaires :**

Cette question interpelle depuis plusieurs années les différentes ressources communautaires en santé mentale, Plusieurs organismes ont été amenés à jouer un rôle de « développeur » en matière de logement social. Malgré l'existence d'acquis important, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont énormément de difficulté à accéder à des logements de qualité et abordables financièrement Trop souvent elles subissent les effets stigmatisant de leur état et sont victimes de discrimination.

Le redéploiement des ressources intermédiaires et de type familial accroît les pressions pour mettre en place des moyens nouveaux en termes d'accès au logement et d'accès à des services appropriés.

Certaines initiatives (dont celle de la Coalition pour l'accès au logement social en santé mentale dans la région de Québec) sont porteuses d'avenir dans la mesure où elles favorisent une reconnaissance pleine et entière à la citoyenneté et empêchent la ghettoïsation des personnes en fonction de leurs handicaps.

Les mesures à mettre en œuvre dans l'avenir doivent à notre avis se déployer autour des axes suivants :

- Éviter d'accentuer la stigmatisation des personnes par la mise en place de ressources locatives, même communautaires et coopératives, « réservées aux problématiques liées à la santé mentale ».
- Offrir des milieux résidentiels et des services de soutien répondant aux besoins exprimés par les personnes.
- Soutenir et s'inspirer des approches novatrices développées par les milieux communautaires.

#### **D. Intégration au travail**

**OBJECTIF :** Favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental.

**Commentaires :**

Compte que plusieurs des ressources membres du RRASMQ sont impliquées directement dans les travaux menés par l'AQRP dans ce domaine, le RRASMQ ne formulera que trois brefs commentaires :

- Les organismes communautaires œuvrant dans ce domaine déplorent le manque de rehaussement significatif de leur financement au cours des 5 dernières années.
  - L'inquiétude ressentie par plusieurs organismes face aux prochaines modifications des programmes du Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale. À cet égard, le RRASMQ invite le MSSS à la vigilance afin les perspectives d'intégration au travail pour l'ensemble des personnes aux prises avec des problèmes importants de santé mentale ne soient pas victimes d'impératifs essentiellement budgétaires.
  - L'importance de reconnaître le choix des personnes d'être soutenus dans le démarches d'intégration (ou de réintégration) à l'emploi par des activités thérapeutiques offerts par des ressources communautaires. Le RRASMQ souhaite que le MSSS reconnaisse clairement l'importance et la qualité de ce type d'intervention.
-

***À propos du soutien financier accordé  
aux ressources communautaires et alternatives en santé mentale  
dans le cadre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010  
La force des liens***

## RECONNAISSANCE DES GROUPES COMMUNAUTAIRES ET ALTERNATIFS...

### QU'EN EST-IL DU SOUTIEN FINANCIER ?

Le PASM 2005-2010 rappelait l'engagement pris il y a plus de 20 ans par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « Tant en ce qui concerne la défense des droits en santé mentale que l'intégration au travail (crise, intervention auprès des personnes à risque suicidaire, hébergement et suivi communautaire, pour ne nommer que ceux-là), les organismes communautaires ont développé une expertise et un leadership qui doivent être reconnus, mis à profit et soutenus de façon adéquate. »<sup>1</sup>

De façon plus explicite, le PASM a réitéré l'engagement gouvernemental formulé en 1997 dans le Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale. « Le MSSS souhaite qu'au cours des prochaines années, dans chacune des régions du Québec, la portion des sommes allouées aux organismes communautaires atteigne au moins 10% de l'enveloppe des dépenses de santé mentale. »<sup>2</sup>

Régions	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	% Augmentation
R01 Bas-St-Laurent	2 146 988 \$	2 205 490 \$	2 266 032 \$	2 343 773 \$	9,2%
R02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	3 113 483 \$	3 054 134 \$	3 189 378 \$	3 631 738 \$	16,6%
R03 Capitale-Nationale	11 296 034 \$	11 606 941 \$	12 367 831 \$	12 553 975 \$	11,1%
R04 Mauricie et Centre-du-Québec	3 936 800 \$	4 745 341 \$	4 932 227 \$	5 190 782 \$	31,9%
R05 Estrie	1 852 542 \$	2 040 631 \$	2 255 900 \$	2 364 691 \$	27,6%
R06 Montréal	21 931 623 \$	22 762 781 \$	25 351 633 \$	25 741 321 \$	17,4%
R07 Outaouais	4 756 840 \$	4 842 588 \$	5 054 699 \$	5 211 568 \$	9,6%
R08 Abitibi-Témiscamingue	2 211 557 \$	2 346 834 \$	2 355 714 \$	2 443 683 \$	10,5%
R09 Côte-Nord	1 261 030 \$	1 337 768 \$	1 464 117 \$	1 402 384 \$	11,2%
R10 Nord-du-Québec	343 726 \$	371 685 \$	407 900 \$	437 900 \$	27,4%
R11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1 129 615 \$	1 586 105 \$	1 675 834 \$	1 831 252 \$	62,1%
R12 Chaudière-Appalaches	3 457 362 \$	3 524 009 \$	3 806 025 \$	4 084 411 \$	18,1%
R13 Laval	2 479 322 \$	2 603 858 \$	3 622 055 \$	3 959 890 \$	59,7%
R14 Lanaudière	2 920 700 \$	3 205 985 \$	3 544 975 \$	3 530 853 \$	20,9%
R15 Laurentides	2 430 183 \$	2 503 000 \$	2 542 047 \$	2 493 691 \$	2,6%
R16 Montérégie	12 740 126 \$	13 475 498 \$	13 997 107 \$	13 704 755 \$	7,6%
R17 Nunavik	ND	ND	ND	ND	ND
R18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND	ND	ND
<b>TOTAL</b>	<b>78 007 931 \$</b>	<b>82 212 648 \$</b>	<b>88 833 474 \$</b>	<b>90 926 667 \$</b>	<b>16,6%</b>

<sup>1</sup> MSSS, PASM 2005-2010, *La force des liens*, page 67.

<sup>2</sup> Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *La force des liens* 2005-2010, page 67.

<sup>3</sup> Données compilées à partir des rapports annuels de gestion des agences régionales.

Tableau 2

Évolution des dépenses nettes du programme santé mentale<sup>4</sup>

Régions	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	% Augmentation
R01 Bas-St-Laurent	21 275 032 \$	21 837 959 \$	23 404 897 \$	25 247 321 \$	39,3%
R02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	25 666 137 \$	27 463 022 \$	29 721 065 \$	33 285 995 \$	37,2%
R03 Capitale-Nationale	121 969 571 \$	127 625 770 \$	133 127 045 \$	138 293 011 \$	15,3%
R04 Mauricie et Centre-du-Québec	45 055 488 \$	49 643 806 \$	56 655 739 \$	60 568 157 \$	43,3%
R05 Estrie	26 632 770 \$	30 500 390 \$	33 837 517 \$	36 074 969 \$	45,6%
R06 Montréal	324 675 839 \$	344 851 260 \$	371 166 123 \$	384 690 236 \$	16,6%
R07 Outaouais	31 303 824 \$	33 733 607 \$	35 617 622 \$	37 823 242 \$	25,9%
R08 Abitibi-Témiscamingue	14 757 463 \$	16 238 450 \$	16 899 850 \$	17 435 593 \$	27,5%
R09 Côte-Nord	8 678 874 \$	9 619 493 \$	10 210 138 \$	10 705 197 \$	24,1%
R10 Nord-du-Québec	918 101 \$	1 160 282 \$	1 454 815 \$	1 352 466 \$	54,4%
R11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	10 467 018 \$	13 685 354 \$	13 254 581 \$	14 629 741 \$	40,2%
R12 Chaudière-Appalaches	33 405 347 \$	36 456 090 \$	38 993 954 \$	42 648 772 \$	35,9%
R13 Laval	15 253 099 \$	17 446 505 \$	20 867 289 \$	23 814 399 \$	65,6%
R14 Lanaudière	36 268 299 \$	41 470 297 \$	44 476 592 \$	44 939 465 \$	24,8%
R15 Laurentides	33 343 992 \$	37 208 804 \$	38 967 072 \$	44 286 713 \$	35,5%
R16 Montérégie	83 801 720 \$	90 418 840 \$	101 006 000 \$	109 294 392 \$	37,6%
R17 Nunavik	2 361 717 \$	55 900 \$	58 470 \$	54 844 \$	-97,5%
R18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	795 733 \$	1 048 143 \$	1 395 522 \$	1 479 439 \$	119,3%
<b>TOTAL</b>	<b>836 630 024 \$</b>	<b>900 463 972 \$</b>	<b>971 114 291 \$</b>	<b>1 026 623 952 \$</b>	<b>25,2%</b>

### La part du financement global en santé mentale octroyé aux organismes communautaires

Depuis le début des travaux entrepris par les instances communautaires en santé mentale pour suivre l'évolution de la proportion des dépenses globales en santé mentale attribuée au soutien des ressources communautaires et alternatives, la méthode de calcul est la même : « *La cible de 10% des sommes allouées aux organismes communautaires est calculée sur la somme des subventions versées aux organismes communautaires en santé mentale à l'intérieur du programme SOC, divisée par la somme des dépenses du programme santé mentale. Aussi un facteur correctif de 30% des dépenses de soutien des établissements est ajouté à la somme des dépenses du programme de santé mentale afin de tenir compte des dépenses de soutien et d'administration des établissements qui ne figurent pas au contour financier du programme santé mentale.* »<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Sources : Bulletins annuels statistiques Info-Contour du MSSS.

<sup>5</sup> Lettre du 12 avril 2007 du Dr André Delorme, Directeur de la santé mentale au MSSS.

**Tableau 3 : Évolution de la part du budget santé mentale octroyé aux organismes communautaires en santé mentale**

Régions	2005-2006			2006-2007			2007-2008			2008-2009		
	PASM – Année 1			PASM – Année 2			PASM – Année 3			PASM – Année 4		
	Enveloppe SM Totale <sup>6</sup>	Subventions PSOC Totales <sup>7</sup>	%	Enveloppe SM Totale	Subventions PSOC Totales	%	Enveloppe SM Totale	Subventions PSOC Totales	%	Enveloppe SM Totale	Subventions PSOC Totales	%
R01 Bas-St-Laurent	27 013 445 \$	2 146 988 \$	7,9%	27 727 700 \$	2 205 490 \$	8,0%	29 746 557 \$	2 266 032 \$	7,6%	32 118 385 \$	2 343 773 \$	7,3%
R02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	32 431 933 \$	3 113 483 \$	9,6%	34 785 688 \$	3 054 134 \$	8,8%	37 680 571 \$	3 189 378 \$	8,5%	42 182 272 \$	3 631 738 \$	8,6%
R03 Capitale-Nationale	155 171 632 \$	11 296 034 \$	7,3%	162 431 419 \$	11 606 941 \$	7,1%	169 354 809 \$	12 367 831 \$	7,3%	176 014 722 \$	12 553 975 \$	7,1%
R04 Mauricie et Centre-du-Québec	57 391 094 \$	3 936 800 \$	6,9%	63 113 346 \$	4 745 341 \$	7,5%	72 172 793 \$	4 932 227 \$	6,8%	77 181 370 \$	5 190 782 \$	6,7%
R05 Estrie	34 066 838 \$	1 852 542 \$	5,4%	39 038 318 \$	2 040 631 \$	5,2%	43 312 002 \$	2 255 900 \$	5,2%	46 188 052 \$	2 364 691 \$	5,1%
R06 Montréal	415 499 104 \$	21 931 623 \$	5,3%	441 477 804 \$	22 762 781 \$	5,2%	474 910 470 \$	25 351 633 \$	5,3%	492 374 911 \$	25 741 321 \$	5,2%
R07 Outaouais	39 267 919 \$	4 756 840 \$	12,1%	42 400 913 \$	4 842 588 \$	11,4%	44 786 499 \$	5 054 699 \$	11,3%	47 606 744 \$	5 211 568 \$	10,9%
R08 Abitibi-Témiscamingue	18 521 235 \$	2 211 557 \$	11,9%	20 405 935 \$	2 346 834 \$	11,5%	21 263 091 \$	2 355 714 \$	11,1%	21 933 166 \$	2 443 683 \$	11,1%
R09 Côte-Nord	10 904 227 \$	1 261 030 \$	11,6%	12 104 011 \$	1 337 768 \$	11,1%	12 833 944 \$	1 464 117 \$	11,4%	13 496 041 \$	1 402 384 \$	10,4%
R10 Nord-du-Québec	1 090 414 \$	343 726 \$	31,5%	1 396 861 \$	371 685 \$	26,6%	1 768 890 \$	407 900 \$	23,1%	1 626 836 \$	437 900 \$	26,9%
R11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	13 268 239 \$	1 129 615 \$	8,5%	17 315 129 \$	1 586 105 \$	9,2%	16 728 205 \$	1 675 834 \$	10,0%	18 469 288 \$	1 831 252 \$	9,9%
R12 Chaudière-Appalaches	42 389 743 \$	3 457 362 \$	8,2%	46 335 714 \$	3 524 009 \$	7,6%	49 550 333 \$	3 806 025 \$	7,7%	54 218 080 \$	4 084 411 \$	7,5%
R13 Laval	19 085 232 \$	2 479 322 \$	13,0%	21 899 299 \$	2 603 858 \$	11,9%	26 040 859 \$	3 622 055 \$	13,9%	29 770 752 \$	3 959 890 \$	13,3%
R14 Lanaudière	46 272 579 \$	2 920 700 \$	6,3%	52 949 591 \$	3 205 985 \$	6,1%	56 756 077 \$	3 544 975 \$	6,2%	57 362 049 \$	3 530 853 \$	6,2%
R15 Laurentides	42 618 135 \$	2 430 183 \$	5,7%	47 620 545 \$	2 503 000 \$	5,3%	49 894 580 \$	2 542 047 \$	5,1%	56 824 620 \$	2 493 691 \$	4,4%
R16 Montérégie	105 120 198 \$	12 740 126 \$	12,1%	113 501 843 \$	13 475 498 \$	11,9%	127 108 668 \$	13 997 107 \$	11,0%	137 971 283 \$	13 704 755 \$	9,9%
R17 Nunavik	3 070 232 \$	0 \$	0,0%	72 670 \$	0 \$	0,0%	76 011 \$	0 \$	0,0%	71 297 \$	0 \$	0,0%
R18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	1 034 453 \$	0 \$	0,0%	1 362 586 \$	0 \$	0,0%	1 814 179 \$	0 \$	0,0%	1 923 271 \$	0 \$	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1 064 216 652 \$</b>	<b>78 007 931 \$</b>	<b>7,3%</b>	<b>1 145 939 369 \$</b>	<b>82 212 648 \$</b>	<b>7,2%</b>	<b>1 235 798 536 \$</b>	<b>88 833 474 \$</b>	<b>7,2%</b>	<b>1 307 333 138 \$</b>	<b>90 926 667 \$</b>	<b>7,0%</b>

<sup>6</sup> L'enveloppe du programme-services santé mentale totale est calculée à partir des « dépenses nettes selon la région socio sanitaire et le programme-services pour les programmes qui répondent à des besoins touchant des problématiques particulières » (Source : Bulletins statistiques INFO-CONTOUR du MSSS) 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.

<sup>7</sup> Sources : Rapports annuels de gestion des agences régionales.

## Après 5 ans : Des constats généraux navrants et inquiétants !

Après quatre ans, le MSSS n'a toujours pas atteint son objectif d'octroyer annuellement 10% du budget de la santé mentale dans chaque région au financement des ressources communautaires en santé mentale. Quelque soit les données utilisées (rapports des agences régionales ou bulletins statistiques du MSSS) et les hypothèses de calcul employées pour tenir compte de la part des dépenses de soutien (pourcentage uniforme à 30% ou pourcentage régional réel), on constate que :

### 1. À propos du financement des services en santé mentale :

- Depuis le début du PASM, l'enveloppe du programme-services santé mentale a augmenté de 206,9 Millions \$ par rapport à ce qu'elle était en 2004-2005. Malgré cette augmentation, la part des dépenses en santé mentale par rapport au total des dépenses de l'ensemble des programmes-services est demeurée stable (aux environs de 8%).
- À l'échelle nationale, la part des dépenses du programme santé mentale sur l'ensemble des dépenses des programmes pour les problématiques particulières a diminué. Entre 2005-2006 et 2008-2009, cette diminution a avoisiné 1,2%.
- Autrement dit, durant les quatre (4) premières années du PASM, le MSSS n'a pas dépensé plus en santé mentale que pour les autres programmes-services. On peut donc supposé que la mise en place des services de premières lignes et des guichets d'accès ainsi que l'application d'une bonne partie des autres mesures prévues au PASM ont été réalisées en réallouant des ressources déjà existantes.

### 2. À propos du financement des ressources communautaires et alternatives en santé mentale :

- Peu importe les données utilisées, on constate que, pour les 4 premières années du PASM, le soutien financiers global octroyé aux organismes communautaires en santé mentale de tout le Québec a augmenté d'environ 16%, soit une hausse globale approximative de 4% par année. Une analyse plus précise, à partir des données issues des rapports annuels des agences régionales, révèle des iniquités récurrentes. Ainsi, l'accroissement moyen du financement de la majorité des organismes communautaires en santé mentale correspond tout juste à l'accroissement annuel de l'indice des prix à la consommation (IPC).
- Dans toutes les régions du Québec, la capacité réelle d'agir de la majorité des ressources communautaires et alternatives en santé mentale ne s'est pas améliorée depuis l'entrée en vigueur du PASM.
- **En 2008-2009**, les quelques 400 organismes communautaires en santé mentale se sont partager approximativement 90 M \$, soit **7% des dépenses totales en santé mentale**.
- Dans l'ensemble des situations considérées, malgré une croissance constante des subventions aux organismes communautaires, **le pourcentage a légèrement diminué au cours des 4 premières années du PASM** pour l'ensemble du Québec ainsi que **dans chacune des régions**. Même dans les 6 régions où le pourcentage dépassait ou avoisinait 10% en 2005-2006, la part des dépenses totales en santé mentale allouée aux organismes communautaires a continuellement diminué aux cours des quatre années du PASM.

- **Dans 5 régions** (Mauricie-Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Lanaudière et Laurentides), la part des dépenses totales en santé mentale allouée aux organismes communautaires est demeurée **inférieure au pourcentage national**. Dans trois d'entre elles, on est demeuré à la moitié de l'objectif visé.

**Globalement, en comparaison avec la situation qui prévalait en 2004-2005, force est de constater que l'évolution de la part des dépenses de santé mentale allouée au soutien des ressources communautaires et alternatives a stagné au niveau d'avant le PASM.**

---

## **Conclusion**

Les commentaires qui précèdent sont loin de représenter l'ensemble des observations enregistrées par les ressources alternatives en santé mentale depuis l'entrée en vigueur du PASM. Malgré la justesse et le bien fondé des objectifs poursuivis, le milieu alternatif avait émis au départ des réserves importantes concernant les cibles à atteindre (essentiellement comptables) ainsi que sur les moyens (meilleures pratiques) à privilégier. En effet, les ressources alternatives et communautaires craignaient que ce plan d'action, encore une fois, marginalise l'apport des pratiques alternatives et communautaires au profit de certains impératifs managériaux et institutionnels.

Au terme des cinq années prévues, force est d'admettre que ces réserves étaient fondées. Le PASM n'a pas atteint pleinement ses objectifs. Les processus de mise en œuvre se sont malheureusement embourbés dans une logique technocratique, des échéanciers mal calculés, une sous-estimation des obstacles structurels et financiers et, surtout, une absence de véritable concertation à tous les niveaux. Comme par le passé, malgré une reconnaissance maintes fois affirmée de l'importance des pratiques développées par les ressources alternatives et communautaires, les instances institutionnelles ont préféré, soit ignorer leur contribution, soit essayer d'utiliser et d'encadrer leur expertise.

Au niveau de la capacité d'agir des groupes communautaires et alternatifs, encore une fois les vœux sont demeurés pieux. La quasi-totalité des faibles ajouts budgétaires a été consacré au réseau institutionnel. Pendant ce temps, un très grand nombre de groupes ont assisté impuissants à une stagnation de leurs moyens d'actions tout en étant confronté, de plus en plus, à des problèmes de rétention de personnels et à un accroissement significatif de la fréquentation.

Le RRASMQ souhaite que ce bilan fournisse des pistes pour corriger le tir. **Le Regroupement ne croit pas qu'il est pertinent de refaire complètement un autre plan d'action. Il serait, à notre avis, préférable d'ajuster, en**

**concertation avec l'ensemble des acteurs, les moyens à mettre en œuvre pour répondre adéquatement aux objectifs toujours pertinents qui étaient visés en 2005.**

Pour terminer, de concert avec les autres membres de l'Alliance des forces communautaires et alternatives en santé mentale nous formulons trois souhaits :

- Que le financement des ressources communautaires et alternatives en santé mentale soit rehausser de manière significative afin, d'une part, d'atteindre le 10% minimum et, d'autre part, mieux répondre aux besoins des organismes et des populations à qui ils viennent en aide.
- Que le MSSS augmente le financement de la Direction de la santé mentale afin que celui-ci puisse jouer pleinement un rôle de leader et d'agent de concertation. Le financement des services en santé mentale devrait aussi être revu en fonction de l'importance que représentent les problèmes de santé mentale dans la société québécois. La santé mentale doit redevenir une véritable priorité au sein du MSSS et de l'ensemble du gouvernement québécois.
- Que le MSSS mette en place un *comité de travail national* incluant les divers acteurs en santé mentale au Québec. Ce comité pourrait avoir pour mandat de résoudre les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des mesures prévues au PASM et de revoir celles-ci au besoin.