



OUTIL D'ANALYSE DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010

La force des liens

À partir des revendications de la Coalition nationale des organismes communautaires en santé mentale :

25 propositions en vue de bonifier et enrichir le Plan d'action en santé mentale 2005-2008

mars 2005

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications <i>25 propositions</i>	Commentaires RRASMQ
<p>En ce qui concerne la participation des utilisateurs de services et la concertation</p> <p>Le Plan reconnaît l'importance de la collaboration des personnes usagères dans la réorganisation des services (Mot du ministre en introduction, Cadre pour l'action p.15-16 et p.66) et le fait que ce principe ne soit pas appliqué dans l'ensemble des régions (p.9) mais l'objectif et les moyens de l'atteindre demeurent tout aussi flous : <i>Le MSSS, les agences (...) et les CSSS s'assureront de la participation d'utilisateurs de services (...) dans les exercices de planification et d'organisation de services qui les concernent.</i> (p.16)</p> <p><u>Comité stratégique</u> p.77 : Mandat de concrétisation du Plan d'action. Comité composé de <i>gestionnaires et des représentants de CSS, d'agences et d'établissements régionaux</i> (souvent des hôpitaux).</p> <p><u>Deux rencontres annuelles</u> : avec les personnes utilisatrices, leurs proches et les partenaires nationaux en vue de faire le point sur l'atteinte des objectifs du Plan d'action !</p> <p>Formation p.75 : diffusion de l'information et des outils nécessaires à la participation des personnes usagères.</p>	<p>Que le plan d'action 2005-2008 prévoit la mise en place d'un comité d'experts permanent, formé exclusivement de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, chargé de conseiller le ministre sur toute question relative à la santé mentale et que la représentativité de ce comité reflète les différentes régions du Québec ;</p> <p>Que le plan d'action 2005-2008 prévoit des structures de concertation tripartites et égalitaires (établissements, organismes communautaires et personnes usagères) tant au niveau territorial que régional en favorisant la participation des utilisateurs de services et des regroupements régionaux ;</p> <p>Que le MSSS s'engage à tenir sur une base triennale un forum national afin de mobiliser les acteurs, faire le point et dégager des consensus ;</p>	<p>La préoccupation de la participation des personnes usagères à l'organisation des services est davantage présente dans la version finale du Plan d'action. <u>Cependant, aucune mesure concrète n'a été apportée.</u></p> <p>Eh ! bien nous avons eu une structure de concertation et un forum bi-annuel sur le suivi du Plan d'action. <u>Celui sur l'organisation des services a complètement évacué les personnes utilisatrices et les organismes communautaires;</u> Pour le RRASMQ, il s'agit <u>d'une rupture avec les pratiques de concertation du MSSS</u> dont les comités prévoient des participations de type tripartite comme le Comité de santé mentale, les comités régionaux tripartites, et le Forum 2000. Même le Comité d'experts invitait une personne usagère et la FFAPAMM ! On recule fort.</p> <p>L'évaluation est strictement quantitative (p.87) et l'évaluation globale sera faite par des instances du MSSS seulement (p.88). Rencontre sur des objectifs auxquels les acteurs n'ont pas tous adhéré. Ce comité servirait-il de parure ?</p> <p><u>Formation p.75 : levier à utiliser</u> pour demander du financement pour la formation et la concertation des personnes usagères.</p>

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications <i>25 propositions</i>	Commentaires RRASMO
<p>En comparaison avec le document de consultation, modifications du tableau sur le panier de service p. 84-85</p> <p><i>Retrait du type Hébergement communautaire présent dans la version de consultation et ajout des types Hébergement à durée limitée avec encadrement intensif et Hébergement à durée limitée avec soutien léger ou modéré (descriptions p90-91).</i></p> <p>Ajout du type <i>Logement avec soutien continu et appartement supervisé</i> 50 places.</p>	<p>Que l'on revoit à la hausse les ratios proposés pour le panier de services et que l'on tienne compte des réalités géographiques et socio-économiques des territoires telles l'indice de pauvreté et l'étendue de la région à couvrir;</p> <p>Que d'ici 2008, le nombre de places disponibles pour des logements autonomes avec soutien soit équivalent ou supérieur au nombre de places disponibles en RI et RTF;</p> <p>Que le développement du logement autonome soit accompagné du développement du soutien communautaire et que l'on reconnaisse l'expertise développée par le milieu communautaire dans ce champ d'intervention;</p>	<p>Les ressources de type RI/RTF sont reclassées dans les types : <i>hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré et hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif</i>. Cependant, ce dernier type de services d'hébergement peut-être aussi opéré par des organismes communautaires. Il est difficile de faire une comparaison exacte entre le document de consultation et le Plan final puisque les types du tableau des services d'hébergement ont été modifiés. Une chose est certaine: <i>Le type Services d'hébergement communautaire qui comportait 10 places a été retiré. Il y a lieu de se questionner sur l'impact de ce changement pour le développement de l'hébergement communautaire et du traitement alternatif à travers le Québec.</i></p> <p>Réitérons le besoin d'une diversité de logements sociaux</p>
<p>En ce qui concerne le renouvellement des pratiques</p> <p>Les termes <i>rétablissement</i> et <i>pouvoir d'agir</i> reviennent régulièrement dans le Plan, entre autres dans le préambule, les enjeux p. 11 et les principes directeurs p.12 mais pas de directives précises sur ces thèmes au niveau de la formation.</p>	<p>Que favoriser l'appropriation du pouvoir et le rétablissement soient inscrits comme objectif du Plan d'action 2005-2008 et que le MSSS mette en place des moyens concrets pour s'assurer qu'ils soient atteints;</p>	<p>Utilisation des termes <i>malade, maladie et patient</i>, quelle vision du pouvoir d'agir et du rétablissement ?</p> <p><u>Tournée des régions</u> avec des personnes usagères. Collaboration MSSS/AQRP dans l'organisation d'un <u>Symposium sur le Plan d'action et le rétablissement 9-10 novembre 2005.</u> Initiative intéressante de sensibilisation du réseau public. <i>Observons quelle approche de l'appropriation du pouvoir et du rétablissement, questionnons comment les médecins et les intervenants seront soutenus dans cette transformation des pratiques et comment s'assurer du soutien et de la diffusion de l'expertise des organismes communautaires et alternatifs dans le développement de ces pratiques ? Et la participation citoyenne ?</i></p>

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications 25 propositions	Commentaires RRASMO
<p>Objectif du Plan: <i>doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices</i> p.12 Axé sur l'accès aux services et peu sur la qualité.</p> <p><i>Séparation des types groupes d'entraide et activités structurées en milieu de jour dans les services de base</i> p.85 et <i>entraide n'apparaît plus dans les services requis</i> p.41. P. 52 cible locale : <i>assurer la présence de pairs-aidants au sein de 30% des équipes d'ici 5 ans.</i></p>	<p>Que le MSSS inscrive dans les principes directeurs la promotion et la défense de droits;</p> <p>Que le plan détermine des balises garantissant une pluralité d'approches et de pratiques tant dans la transformation des services en santé mentale que dans la formation et la recherche ;</p>	<p>Revendication: <i>Que l'outil créé par le Comité de la santé mentale du Québec Cadre de références pour la qualité des services dans la communauté. Repenser la qualité des services dans la communauté à partir du point de vue des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale³ fasse partie de l'exercice d'évaluation du Plan d'action.</i></p> <p>Revendication: <i>Que le MSSS donne une suite à la publication du Guide d'appropriation du pouvoir Paroles et parcours d'un pouvoir fou.</i></p> <p>Revendication non considérée, à travailler avec l'AGIDD-SMQ</p> <p><i>Qu'est-ce que le Plan entend par pairs-aidants ? Quel est le rôle des organismes communautaires d'entraide/milieu de vie dans cette section du Plan ?</i></p> <p>Enjeu : Si l'on combine cette modification au fait qu'aucun leadership ministériel n'est présent pour sortir le financement de la <i>réadaptation</i> des hôpitaux, la porte semble encore plus ouverte à ceux-ci pour installer des centres de jour dans la communauté plutôt que de consolider les groupes d'entraide/milieus de vie présent un peu partout au Québec et qui ont développé des pratiques novatrices d'accompagnement à l'appropriation du pouvoir et à l'exercice de la citoyenneté. (suite page suivante)</p>

³ RODRIGUEZ, LOURDES(PRÉNOM), BOURGEOIS, LINDA(PRÉNOM), Landry, YVES(PRÉNOM), Pinard, Jean-Luc (PRÉNOM), ET (PRÉNOM)LORRAINE, Guay, (2005). *CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ*, QUÉBEC, COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (À PARAÎTRE)

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications 25 propositions	Commentaires RRASMQ
<p>Dans la section <i>rôles et responsabilités des acteurs</i> p.67-69: <i>Le MSSS s'attend à ce que les CHPSY (centre hospitalier psychiatrique) transfèrent 15% à 25 % de leurs ressources financières ou humaines vers les services de première ligne en trois phases dans les cinq prochaines années.</i></p> <p>Au sujet du traitement en première ligne à la page 43 : <i>Deux formes principales de traitement sont préconisées dans l'évaluation mesurant l'efficacité des interventions : la psychothérapie et la thérapie médicamenteuse.</i></p> <p>À la p. 25, il est mentionné que <i>certaines organismes communautaires</i> offrent des services de deuxième ligne qui incluent le traitement.</p> <p>Dans les enjeux p.11 : <i>Réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne (...) soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation.</i></p> <p>P.69-70 <i>Un institut universitaire doit être en mesure de soutenir le développement des pratiques les plus efficaces prévues dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010.(...) rôle d'innover dans le développement de soins partagés(..).</i></p>	<p>Que les personnes puissent choisir le type de traitement qui leur convient considérant qu'il est maintenant reconnu que la psychothérapie est une réponse tout aussi valable en santé mentale que le traitement pharmacologique et que les services de psychothérapie soient accessibles gratuitement.</p> <p>Que le plan reconnaisse le milieu communautaire comme lieu d'expérimentation de nouvelles pratiques et favorise l'émergence de pratiques novatrices et qu'on reconnaisse son expertise dans le traitement alternatif.</p> <p>Que l'on accorde un mandat de formation et un financement spécifique aux regroupements nationaux et régionaux d'organismes communautaires et alternatifs, ainsi que de promotion et de défense de droits en santé mentale, étant donné leur expertise dans ce domaine. Les intervenants et intervenantes oeuvrant auprès des personnes qui vivent un problème de santé mentale devront bénéficier de ces formations;</p>	<p>Enjeu: Pour les régions ayant un CHPSY sur leur territoire, le risque est très grand d'assister à un transfert dans la communauté des pratiques institutionnelles, comme c'est le cas pour le suivi intensif dans le milieu, plutôt que de soutenir le développement d'une pluralité de pratique.</p> <p>Cette ouverture apparaissait déjà dans la version de consultation du Plan d'action.</p> <p>Aucune mesure n'a été ajoutée pour soutenir les alternatives de traitement et favoriser leur accessibilité sur l'ensemble du territoire québécois.</p> <p><i>Hiérarchisation des soins, soins partagés</i>, ainsi que l'utilisation des termes <i>soins, malades, patients et maladies</i> dégagent un retour de l'approche médicale et soulève l'enjeu de la médicalisation des problèmes sociaux. Il nous semble qu'il aurait été préférable de miser sur l'expertise de la pratique dans le milieu développée par les groupes communautaires et les CLSC.</p> <p>Quel espace pour le soutien des pratiques alternatives ? Le développement des activités et services en santé mentale est si encadré qu'il serait difficile de développer <i>autrement</i>.</p> <p>Revendication non retenue</p>

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications <i>25 propositions</i>	Commentaires RRASMQ
<p>En ce qui concerne l'enjeu du financement</p> <p>p.81: redistribution intrarégionale des ressources en santé mentale: (...) <i>il est de la responsabilité des ASSS de réviser les plans proposés par les établissements de manière à ce que les ressources financières soient utilisées en priorité pour répondre aux mesures et aux objectifs du plan d'action</i></p> <p>À la p. 67: <i>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 en santé mentale. (...) Des modalités devront être établies afin de faciliter leur collaboration avec les CSSS. Ces modalités pourront parfois prendre la forme d'ententes de services telles qu'elles sont définies dans la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire.</i></p> <p>P. 10 <i>L'implication importante des organismes communautaires en santé mentale est une richesse propre au Québec. Les changements en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux ne devraient nullement mettre en péril cet apport, mais permettre de consolider les services existants lorsque nécessaires.</i></p>	<p>Que le MSSS préside lui-même les travaux de réallocation et s'assure que les activités et services près de la communauté, dont ceux des organismes communautaires et alternatifs, bénéficient d'un meilleur financement à l'issu de cette opération de transformation des services en santé mentale;</p> <p>Que la proportion de l'enveloppe budgétaire en santé mentale affectée aux organismes communautaires passe de 6% à 10% et que ce rehaussement soit prioritairement alloué à la consolidation des groupes;</p> <p>Que l'on aligne le taux d'indexation accordé aux organismes et aux divers regroupements communautaires à celui des établissements du réseau.</p> <p>Que le MSSS débloque un budget de transition afin d'investir rapidement des fonds pour des activités et services en santé mentale près de la communauté;</p>	<p>Revendication non retenue, voir revendication ci-dessous.</p> <p>Il semble que le MSSS ait réagi positivement à cette revendication et affiche sa volonté que le financement des groupes communautaires et alternatifs représente 10% du budget santé mentale. Malheureusement, aucune mesure d'évaluation n'est associée à cette volonté.</p> <p>Revendication: Que soient instaurées des mesures d'évaluation et de suivi pour s'assurer que la nouvelle répartition des budgets sous la responsabilité des Agences p. 81 tiendra compte de cette volonté du MSSS.</p> <p>Que les modalités (qui) devront être établies afin de faciliter leur collaboration avec les CSSS soient rapidement discutées entre le MSSS et les regroupements nationaux. Les modalités devraient assurer que toutes les activités développées par les groupes communautaires, et qui font partie de leur mission de base, soient financées par le programme SOC, tel que prévu dans la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire.</p> <p>Revendication non retenue</p> <p>Revendication non retenue</p>

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications <i>25 propositions</i>	Commentaires RRASMQ
<p>p.78 <i>La nouvelle configuration des programmes concerne uniquement des activités spécifiques du secteur de la santé mentale et exclut les activités relatives à la santé publique, les services généraux de santé et les dépenses de soutien, ce qui explique la proportion plus faible des dépenses reliées à la santé mentale.</i></p> <p>P. 11, au sujet de l'outil de collecte d'information OASIS (Outil d'alimentation de systèmes d'information sociosanitaires): <i>Des travaux sont nécessaires pour actualiser cette collecte de données et pour assurer que l'ensemble des fournisseurs de services, incluant les organismes communautaires, y contribuent, afin de faire un portrait fidèle de ce qui est offert localement.</i></p>	<p>Que le niveau de financement en santé mentale au Québec soit rehaussé de 7 à 10 % de l'enveloppe socio-sanitaire totale considérant que le niveau de financement des services de santé mentale de certains pays Européens atteint 13 % du budget total de la santé⁴ et que l'OMS⁵ invite ses États membres à investir davantage en santé mentale compte tenu de l'importance de cette problématique dans la société;</p>	<p>Une critique du financement des activités et services en santé mentale nécessite une recherche plus approfondie.</p> <p><i>Reddition de compte: à surveiller au cours des travaux d'implantation des projets cliniques.</i> Des négociations sont actuellement en cours au niveau national concernant la reddition de compte dans le cadre du programme SOC. En principe, la négociation de la reddition de compte au niveau local doit concerner les ententes de services seulement. Même dans ce contexte, la vigilance est de mise. Nous vous suggérons de contacter le RRASMQ, votre table régionale en santé mentale ou votre TROC régionale pour vous donner un coup de main pour ce type de négociation.</p>
<p>En ce qui concerne les autres enjeux</p> <p>P. 56: Dès l'année 2005-2006, le MSSS amorcera des travaux avec le MESS afin: d'adapter les mesures d'insertion et de maintien en emploi à la situation des personnes ayant un trouble mental; (suite page suivante)</p>	<p>Que le MSSS précise les objectifs des travaux interministériels avec les secteurs de l'emploi et du travail afin de revoir et d'adapter les programmes d'employabilité aux particularités des personnes ayant des problèmes de santé mentale et qu'on associe le milieu communautaire à cette réflexion.</p>	<p>Bien qu'une certaine précision ait été apportée, il n'en demeure pas moins que le nombre de places disponibles aux programmes d'employabilité ainsi que leur durée sont souvent insuffisants. (suite page suivante)</p>

⁴ McDaid, D., Knapp, M., Curran, C., (2005) *Funding mental health in Europe; Policy brief*, European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.who.dk/Document/E85489.pdf>)

⁵ Organisation mondiale de la santé, (2004) *Investir dans la santé mentale*, Genève (http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHB8.pdf)

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications 25 propositions	Commentaires RRASMO
<p>De faire tomber les barrières financières en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental. Cible: offrir des services de soutien (psychosocial, voir paragraphe au-dessus du tableau p. 56) à l'intégration au travail 58/100 000 habitants.</p> <p>p.55: <i>La participation sociale doit être considérée, soit comme une étape de pré-employabilité, soit comme une perspective à long terme si la personne ne peut poursuivre son cheminement vers l'obtention d'un emploi rémunéré. Nous devons aussi comprendre que la participation sociale consiste à des activités basées sur l'aide ou l'entraide, que ces activités servent à des fins non-lucratives, et que la contribution des personnes atteintes d'un trouble mental à ces activités leur apporte un sentiment d'utilité et de valorisation.</i></p> <p>p.69 (...) <i>un institut universitaire en santé mentale doit être en mesure de soutenir le développement des pratiques les plus efficaces prévues dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Le travail de cet institut se fera en interdisciplinarité, de manière à permettre une collaboration favorisant le rayonnement dans l'ensemble du champ de la santé mentale. (...) un institut aura le rôle d'innover dans le développement des pratiques de soins partagés, de contribuer au meilleur arrimage possible des soins spécialisés et des services de santé mentale offerts dans les services de première ligne, et de soutenir la mise en place de mesures d'intégration sociale.</i></p>	<p>Que la notion d'intégration au travail soit élargie afin d'inclure des activités visant l'appropriation du pouvoir d'agir des personnes et le développement de la citoyenneté: que l'on favorise des mesures et des programmes qui visent à contrer l'exclusion sociale pour permettre aux personnes qui ne sont pas prêtes à intégrer le marché du travail;</p> <p>Que les éventuels Instituts universitaires de recherche prennent une forme multi-sites, communautaires et établissements, ainsi que multidisciplinaire c'est-à-dire recrutant des chercheurs des domaines psychosociaux, communautaires et psychiatriques et que leurs mises en place fassent l'objet d'une consultation élargie;</p> <p>Que les personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale et le milieu communautaire soient associées à l'élaboration du contenu de la campagne nationale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination de même qu'à sa réalisation en les mobilisant dans des actions locales et régionales;</p>	<p>De plus, les organismes communautaires et alternatifs ont développé une expertise dans ce champ d'intervention et connaissent bien les améliorations à apporter aux programmes du MESS. Par conséquent, le MSSS gagnerait à collaborer avec eux dans leurs travaux.</p> <p>Cette revendication semble avoir été entendue, cependant, la cible prioritaire étant le soutien psychosocial, on peut douter que cette reconnaissance soit accompagnée d'un soutien financier aux groupes d'entraide/milieus de vie. Pourtant, la participation à des activités visant l'appropriation du pouvoir et le développement de la citoyenneté permettrait aux personnes d'acquérir des habiletés au travail.</p> <p>Revendication non retenue L'orientation de la recherche est en concordance avec la vision du Plan d'action. C'est-à-dire, le plan s'appuie sur le postulat que la réorganisation des structures organisationnelles améliorera la qualité des services auprès des personnes et la recherche visera à le vérifier. Donc, peu d'espace de recherche qui viserait un renouvellement des approches et des pratiques en santé mentale.</p> <p>Revendication non retenue. Voir p. 17 du Plan d'action 2005-2010</p>

Extraits du Plan d'action 2005-2010	Revendications <i>25 propositions</i>	Commentaires RRASMQ
<p>P. 58 actions prioritaires, prévention du suicide : <i>Le MSSS travaillera de concert avec les instances régionales et nationales autochtones pour définir des stratégies d'action adaptées à la réalité complexe de chaque communauté.</i></p>		<p>L'approche populationnelle dans l'organisation des services de santé et des services sociaux ne tient pas compte de l'hétérogénéité de la population, notamment les besoins particuliers des groupes comme les personnes immigrantes ou réfugiées, des personnes victimes de violence et les personnes âgées. Le Plan indique que des efforts seront déployés pour les communautés autochtones.</p> <p>Si vous désirez approfondir cet enjeu, consultez « Rapport du comité de travail sur les services en santé mentale offerts aux femmes », MSSS, 1997.</p>
<p>P. 29 sur les services de crise : <i>L'accueil des personnes utilisatrices et leurs proches est déterminant dans les services de crise. (...) Que ce soit à l'urgence ou ailleurs, ces personnes ont besoin d'être mieux écoutées, soutenues et informées.</i></p>		<p>Le RRASMQ est tout à fait d'accord avec cette affirmation. Pour ne pas qu'elle demeure un souhait, nous suggérons d'y ajouter des moyens pour atteindre cet objectif. Selon nous, un travail en profondeur est à faire pour renouveler les pratiques d'accueil des personnes ayant des difficultés de santé mentale qui vivent une situation de crise. Encore ici, les ressources communautaires et alternatives ont développé des pratiques novatrices dans ce champ de pratique et pourraient apporter leur collaboration.</p>