



**COSME** Réseau  
Communautaire santé mentale

CSSS – 090M  
C.P. – P.L. 10  
Abolition des  
agences régionales

# **La santé mentale, la priorité fondamentale pour la population du Québec !**

Mémoire du Réseau communautaire en santé mentale (COSME)

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux lors de l'étude du Projet de loi n°10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

10 novembre 2014



## Le Réseau communautaire en santé mentale (COSME)

Le Réseau communautaire en santé mentale (COSME) a été créé en 2012 alors qu'il n'existait aucune organisation dont la mission était de rejoindre l'ensemble des quelque 450 organismes communautaires en santé mentale du Québec.

Le COSME a tenu en 2013 une large consultation auprès des organismes communautaires de la santé mentale du Québec qui a permis de transmettre 35 propositions d'action aux responsables de la préparation du prochain Plan d'action en santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux (voir document en annexe).

Le COSME est un réseau formé de regroupements régionaux d'organismes communautaires. En font partie à ce jour, les regroupements des régions de l'Outaouais, du Centre du Québec, de la Montérégie, de Québec, de Montréal et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le comité de direction est formé de représentantes et représentants de chacun des regroupements membres.

## Table des matières

1. Recommandations .....	4
2. Critique du projet de loi n°10.....	6
3. La santé mentale, la priorité fondamentale ! .....	9
4. Le ministre Couillard voulait faire de la santé mentale une priorité nationale.....	11
5. La santé mentale doit être une responsabilité interministérielle .....	12
6. Le milieu communautaire en santé mentale : une force pour le Québec ! .....	14
7. La participation citoyenne .....	15

## 1. Recommandations

### Projet de loi n°10

CONSIDÉRANT que les moyens proposés dans le Projet de loi n°10 vont à l'encontre des données probantes et des stratégies mises de l'avant de par le monde,

CONSIDÉRANT que le Projet de loi n°10 présente des menaces importantes sur les droits des citoyennes et citoyens,

CONSIDÉRANT que la mise en œuvre du Projet de loi n°10 déstabiliserait le réseau de la santé et des services sociaux pour plusieurs années,

- 1- Nous recommandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de renoncer au Projet de loi n°10.

## Politique interministérielle en santé mentale

CONSIDÉRANT que les troubles de santé mentale constituent le 1<sup>er</sup> diagnostic rencontré, la 1<sup>ère</sup> cause d'incapacité et la 2<sup>e</sup> cause d'hospitalisation au Québec,

CONSIDÉRANT que l'insuffisance des moyens, l'absence de vision d'ensemble et de stratégies d'action concertées en santé mentale ont des conséquences néfastes sur l'ensemble de la société québécoise,

CONSIDÉRANT que le Plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est venu à échéance en 2010 et n'a toujours pas été remplacé,

- 2- Nous recommandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de concentrer **prioritairement et rapidement** les efforts de consultation et d'action du gouvernement du Québec sur un projet de Politique interministérielle en santé mentale :
  - qui fasse l'objet d'une vaste consultation,
  - qui soit basée sur le rétablissement des personnes,
  - qui mette en action les personnes, les communautés et les différents ministères,
  - qui vise à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population du Québec.

CONSIDÉRANT qu'il est urgent de donner aux organismes communautaires les moyens financiers et la reconnaissance nécessaire afin de jouer pleinement leur rôle dans le secteur de la santé mentale,

- 3- Nous recommandons que toute modification législative à l'organisation et la gouvernance du réseau santé et de services sociaux prévoie d'exclure les budgets du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) de la gestion budgétaire par programmes-services, ainsi qu'un rehaussement significatif des sommes qui y sont dédiées.
- 4- Nous recommandons que toute modification législative à l'organisation et à la gouvernance du réseau santé et de services sociaux prévoie la mise en place d'instances de concertation dont le mandat sera de conseiller les autorités locales et régionales sur toute question relative au secteur de la santé mentale. La composition de cette instance devra assurer la représentativité des personnes usagères et du milieu communautaire.
- 5- Nous recommandons que toute modification législative à l'organisation et à la gouvernance du réseau santé et de services sociaux prévoie la consolidation des regroupements régionaux d'organismes communautaires en santé mentale pour leur permettre de jouer leur rôle conseil auprès des autorités régionales.

**Nous sollicitons le gouvernement du Québec afin qu'il dépose en début de 2015 un projet de Politique interministérielle en santé mentale ainsi qu'un calendrier de consultation en vue de l'adoption de la politique avant l'ajournement estival de l'Assemblée nationale.**

## 2. Critique du projet de loi n°10

*« Ce projet de loi 10 modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau » (Notes explicatives, Projet de loi n°10)*

Bien que les objectifs poursuivis par le Projet de loi n°10 en termes d'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que d'accroissement de l'efficience et de l'efficacité soient pertinents, les moyens mis de l'avant donnent peu de chances de les atteindre.

Selon nous, l'adoption du Projet de loi n°10 aura des conséquences néfastes qui sont clairement prévisibles comme l'ont démontré de nombreux intervenantes et intervenants au cours des dernières semaines devant la Commission de la santé et des services sociaux et ailleurs sur la place publique.

Ainsi, nous nous inquiétons des risques majeurs identifiés par le Protecteur du citoyen dans son mémoire sur le Projet de loi n°10, qui prévoit la fusion des agences de Santé et de Services sociaux et des établissements de l'ensemble d'une région pour les confier à une seule autorité administrative :

- La lourdeur de la gestion des méga-établissements ainsi créés;
- L'éloignement des gestionnaires de la réalité des services et de l'évaluation de leur qualité;
- L'allocation prioritaire des budgets disponibles à la mission médicale et hospitalière du nouvel établissement régional au détriment de la réponse aux importants besoins en services sociaux, dont plusieurs déjà sont non comblés;
- La marge de manœuvre insuffisante laissée aux présidents-directeurs généraux des nouveaux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS);
- Les coûts et dérapages du rapatriement des actifs informationnels, sans un plan stratégique rigoureux de transfert et de conversion;
- L'accélération, s'il n'y a pas de balises claires, de l'effritement du panier de services, notamment pour éponger des coûts de mise en œuvre non prévus.

Notre expérience en santé mentale sur le terrain nous a appris que l'abolition des barrières entre les établissements, l'amélioration de l'accès aux services et l'optimisation des ressources au service des personnes demandent avant tout de l'interdisciplinarité, l'esprit de collaboration et la transformation des pratiques d'intervention.

### **Une pression intense sur le réseau**

*« La mise en œuvre de fusions administratives à grande échelle va exercer une pression intense sur l'appareil administratif de toutes les organisations concernées durant plusieurs années. Au cours de cette période, les gestionnaires vont être accaparés par l'opérationnalisation de la réforme et ne seront pas en mesure d'assurer de manière optimale le suivi des autres dossiers ou de soutenir le développement d'interventions désirables » (Contandriopoulos et al., 2014)*

À la suite des fusions de 2004 et la création des CSSS, différents intervenants concluent aujourd'hui à un bilan mitigé, voire à des conséquences néfastes sur l'accès et la continuité des services offerts par le réseau public (Coalition solidarité santé, 2014). Lors de la fusion avec des centres hospitaliers, les services de première ligne ont été particulièrement fragilisés. Et cette vague de fusions s'est traduite par une augmentation de 30 % du nombre de cadres, soit l'inverse des prédictions.

Les fusions d'établissements pour réaliser des économies d'échelle n'ont pas fait leurs preuves, tandis que les risques pour la qualité, l'accessibilité et la continuité des services sociaux et de santé sont bien réels. La population du Québec attend mieux qu'une énième réforme basée sur l'hospitalocentrisme !

### **Un recul pour les droits et un avantage pour les lobbys**

Nous partageons le point de vue que le projet de loi n°10 est une atteinte importante aux droits des citoyennes et citoyens. Comme le soutient Me Jean-Pierre Ménard, la création d'une seule structure administrative sur de grands territoires privera en pratique les usagères et les usagers du droit de choisir l'établissement où ils veulent se faire traiter (Daoust-Boisvert, Le Devoir, 29 octobre 2014).

Les immenses pouvoirs confiés au ministre et la concentration des ressources dans la structure administrative unique des CISSS réduiront grandement les lieux de représentation où les citoyennes et citoyens de même que les usagères et usagers pourront s'exprimer, participer à l'amélioration des services et défendre leurs droits. En contrepartie, les lobbys puissants au service des milieux d'affaires, de l'industrie pharmaceutique et du pouvoir médical auront un environnement centralisé encore plus fertile pour exercer leur influence.

CONSIDÉRANT que les moyens proposés dans le Projet de loi n°10 vont à l'encontre des données probantes et des stratégies mises de l'avant de par le monde,

CONSIDÉRANT que le Projet de loi n°10 présente des menaces importantes sur les droits des citoyennes et citoyens,

CONSIDÉRANT que la mise en œuvre du Projet de loi n°10 déstabiliserait le réseau de la santé et des services sociaux pour plusieurs années,

- 1- Nous recommandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de renoncer au Projet de loi n°10.

## **On ne dépense pas trop pour la santé au Québec**

Le Québec est la province canadienne où les dépenses publiques et privées de santé par personne sont les moins élevées (ICIS, 2014).

- Québec	5 616 \$
- Canada	6 045 \$
- USA	8 745 \$US

Les dépenses en santé représentent 26,3 % des dépenses globales du gouvernement québécois, soit la plus faible proportion parmi les provinces canadiennes qui consacrent en moyenne 34,5 % de leur budget à la santé (ICIS, 2014).

## **Médicaments et services médicaux : des centaines de millions d'économies sont possibles**

Il est loin d'être assuré que le Projet de loi n°10 générera des économies de 220 millions \$ sur trois ans comme le soutient le gouvernement. Par contre, d'autres mesures de contrôle des dépenses sont possibles et même souhaitables.

L'instauration d'un régime entièrement public d'assurance-médicaments au Québec pourrait générer des économies de plus d'un milliard \$ par an, comme l'ont démontré les travaux de l'Union des consommateurs (2009) et de l'IRIS (Gagnon et Hebert, 2010).

Les dépenses annuelles en médicaments prescrits et non prescrits par personne au Québec sont parmi les plus élevées au monde (ICIS, 2013).

- Québec	1 063 \$
- Colombie-Britannique	736 \$
- Canada	947 \$
- Nouvelle-Zélande	340 \$

Une autre avenue prometteuse d'économie est de s'attaquer aux phénomènes du surdiagnostic, de la surprescription et de la prolifération d'examens inutiles dans le réseau de la santé (campagne *Choisir avec soin*, soutenue par l'Association médicale du Québec et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux). Ce sont potentiellement des économies de centaines de millions annuellement qui pourraient être investies plus judicieusement afin d'augmenter l'accessibilité et offrir des soins plus appropriés.

### 3. La santé mentale, la priorité fondamentale !

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, les problèmes de santé mentale sont la première source d'incapacités selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013). Ils sont des plus difficiles à vivre pour les personnes qui les subissent ainsi que pour leurs proches. Les dommages humains et sociaux causés par la réponse inadéquate aux problèmes vécus sont graves et malheureusement trop répandus comme nous le rappelle souvent l'actualité.

#### **Présence des problèmes de santé mentale**

À l'instar de l'Organisation mondiale de la santé en 2013, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE, 2014) demande aux gouvernements de faire de la santé mentale une priorité. En investissant dans la santé mentale, les états peuvent améliorer les conditions de vie de la population et en retirer des bénéfices sociaux et économiques significatifs.

L'OCDE évalue que 5 % de la population est atteinte d'une condition sévère de santé mentale et qu'un autre 15 % vit avec une condition moins sévère. L'OCDE estime que les personnes vivant avec un problème sévère de santé mentale sont de six à sept fois plus souvent exclues du marché du travail que le reste de la population. Près du tiers des personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas prises en charge convenablement par les systèmes de santé. Le pourcentage dépasse 50 % pour les personnes ayant un trouble bipolaire et 57 % pour les troubles anxieux.

Les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale peuvent dépasser 4 % du PIB d'un pays constate l'étude de l'OCDE.

Les problèmes de santé mentale représentent près du quart de l'ensemble des problèmes de santé d'une population, alors que les dépenses consacrées à la santé mentale sont souvent de l'ordre de 10 % du budget de la santé d'un pays.

#### **Santé mentale et mortalité prématurée**

L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale est en moyenne inférieure de 20 ans à celle rencontrée dans la population générale. Cette mortalité prématurée s'explique principalement par des problèmes de santé physique, en lien avec des conditions de vie et des déterminants sociaux défavorables à la santé (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012).

#### **Des ressources insuffisantes**

Lorsque la fermeture de lits psychiatriques a été accompagnée d'une disponibilité d'accès à des soins de première ligne et à des services dans la communauté, plusieurs personnes ont vu leurs conditions de vie s'améliorer, constate le rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE, 2014).

Mais comme la disponibilité de services communautaires demeure très généralement insuffisante, trop de personnes aux prises avec des problèmes sévères de santé mentale se retrouvent en situation d'itinérance, en incarcération et en réadmission fréquente dans les hôpitaux.

L'étude de l'OCDE rejoint de façon très similaire les conclusions du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (2012) qui a décrit les conséquences humaines et sociales de la faible attention des autorités publiques du Québec à l'égard de la santé mentale et l'insuffisance des moyens qui lui sont consacrés.

### **Les jeunes et la santé mentale**

À l'occasion de la Journée internationale de la jeunesse, le 12 août dernier, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a appelé à donner aux jeunes qui souffrent de troubles mentaux les moyens de se réaliser pleinement.

*« Chaque année dans le monde, 20 % des jeunes sont atteints de troubles mentaux. Les préjugés et la honte viennent aggraver le problème, les empêchant de demander l'aide dont ils ont besoin. Des actions d'envergure s'imposent à tous les niveaux pour faire comprendre combien il importe d'investir dans ces jeunes atteints de troubles mentaux et de les soutenir »,* a déclaré le Secrétaire général.

Selon Ban Ki-moon, trop souvent, parce qu'elles sont négligées et suscitent une peur irrationnelle, les personnes atteintes d'une affection mentale se trouvent marginalisées et même privées de soins de base. *« Elles n'en deviennent que plus vulnérables à la pauvreté, à la violence et l'exclusion sociale, et cela rejaillit sur la société dans son ensemble »,* a-t-il souligné.

Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012) a déjà signalé que 75 % des troubles mentaux apparaissent avant 25 ans et que l'adolescence représente une période critique pour l'émergence des troubles mentaux.

Le secteur québécois de la santé mentale jeunesse présente plusieurs lacunes, notamment de longs délais pour avoir une évaluation et surtout un traitement. De plus, la transition entre les services de pédopsychiatrie et ceux de psychiatrie adulte est particulièrement mal arrimée.

L'appel de l'Organisation des Nations unies doit être pris en compte par le gouvernement du Québec, et la mise en œuvre d'une nouvelle Politique interministérielle en santé mentale nous paraît le moyen le plus efficace d'y arriver.

#### 4. Le ministre Couillard voulait faire de la santé mentale une priorité nationale

Lors du lancement du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, le Dr Philippe Couillard, a identifié la santé mentale comme devant être une grande priorité nationale. « *Pourquoi une priorité ? Parce que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale sont parmi les plus vulnérables de notre société, et, avouons-le, c'est un secteur d'activité qui n'a pas reçu l'attention qu'il méritait* », constatait alors le ministre Couillard.

Le Plan d'action en santé mentale La Force des liens 2005-2010 (MSSS, 2005) visait une réorganisation des services dans le but de créer une première ligne forte en santé mentale. Aujourd'hui encore, la nécessité de poursuivre le renforcement de la première ligne et l'amélioration de l'accès aux services médicaux et sociaux demeurent les objectifs à atteindre.

##### **Une priorité bien théorique**

En 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être s'est montré critique des résultats du Plan d'action lancé en 2005. « *Pour implanter le Plan d'action 2005-2010, peu de nouveaux fonds ont été rendus disponibles et les transferts de ressources entre établissements ou services ne se sont pas faits à la hauteur des objectifs ciblés. La priorisation du programme de santé mentale au sein du MSSS est restée somme toute grandement théorique...* » (État de situation sur la santé mentale au Québec, 2012, p.173).

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 a fait vivre de nombreux changements dans l'organisation des services du réseau public de santé mentale. Dans sa volonté louable de créer une première ligne offrant une plus grande accessibilité aux soins pour une plus grande partie de la population, le ministère a demandé un effort particulier aux établissements pour mieux rejoindre les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Plusieurs établissements ont déplacé une cohorte importante de personnes suivies en milieu hospitalier vers une prise en charge dans la communauté. Une fois le transfert réalisé, dans nombre de cas le personnel et les budgets attendus et nécessaires ne sont pas arrivés. Près de 10 ans après le lancement du Plan d'action 2005-2010, la constitution des équipes de première ligne n'est toujours pas terminée. La dernière vague de fusions d'établissements prévoyait la mise en place de guichets d'accès en santé mentale partout sur le territoire. Cependant, pour bien des personnes, les guichets d'accès ne sont en pratique guère plus qu'une inscription à une longue « liste d'attente ». Il est en effet illusoire de penser que l'on puisse augmenter l'offre de services sans ajouter de ressources supplémentaires.

D'où notre crainte, face à une nouvelle réforme de structure, d'assister encore au drainage des ressources financières vers les structures hospitalières au détriment de la première ligne de santé et de services sociaux.

## 5. La santé mentale doit être une responsabilité interministérielle

*« La Commission trouve inacceptable que les politiques sociales ne soient pas mieux coordonnées avec les politiques de services, que les politiques de création d'emplois ne soient pas davantage articulées sur les politiques de soutien au revenu, que les villes, les employeurs et les organismes du réseau ne se concertent pas plus pour faciliter l'intégration sociale des personnes mésadaptées ou handicapées, que le MEQ et le MSSS ne s'entraident pas davantage en matière de planification et de formation de main-d'œuvre; que les ministères concernés n'engagent pas des actions communes et que les niveaux de gouvernement ne se coordonnent pas » (Rapport Rochon, 1988)*

La santé mentale est une responsabilité collective qui interpelle l'État et la société dans leur ensemble.

Sur le plan de la prévention, l'importance de cibler les déterminants sociaux de la santé est reconnue afin de diminuer l'exposition aux facteurs de risque et renforcer ainsi les facteurs de protection impliqués dans le développement des maladies mentales.

La première proposition du COSME en vue de l'élaboration d'un plan d'action québécois en santé mentale (annexe) est inspirée du Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013). Elle demande que le prochain Plan d'action en santé mentale soit une responsabilité interministérielle et gouvernementale et non pas uniquement celle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'OMS recommande aux pays de mobiliser différents ministères pour élaborer une action coordonnée globale. Un engagement à haut niveau est nécessaire de la part non seulement du secteur de la santé, mais aussi des ministères de l'Éducation, de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Justice.

Sur cette base, le COSME défend six principes incontournables qui sont au cœur d'une organisation efficace pour relever les défis collectifs en santé mentale :

- La désinstitutionnalisation
- La participation citoyenne
- L'intégration processuelle (et non structurelle) des soins et des services
- Le respect des droits
- La valorisation et l'inclusion des réponses communautaires et alternatives
- L'action intersectorielle

CONSIDÉRANT que les troubles de santé mentale constituent le 1<sup>er</sup> diagnostic rencontré, la 1<sup>ère</sup> cause d'incapacité et la 2<sup>e</sup> cause d'hospitalisation au Québec,

CONSIDÉRANT que l'insuffisance des moyens, l'absence de vision d'ensemble et de stratégies d'action concertées en santé mentale ont des conséquences néfastes sur l'ensemble de la société québécoise,

CONSIDÉRANT que le Plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est venu à échéance en 2010 et n'a toujours pas été remplacé,

2- Nous recommandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de concentrer **prioritairement et rapidement** les efforts de consultation et d'action du gouvernement du Québec sur un projet de Politique interministérielle en santé mentale :

- qui fasse l'objet d'une vaste consultation,
- qui soit basée sur le rétablissement des personnes,
- qui mette en action les personnes, les communautés et les différents ministères,
- qui vise à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population du Québec.

## 6. Le milieu communautaire en santé mentale : une force pour le Québec !

Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2012), les organismes communautaires ne sont pas reconnus à leur juste valeur.

*« Dans un système de santé et de services sociaux qui vise la consolidation des soins et services de première ligne et un rétablissement dans la communauté des personnes aux prises avec des troubles mentaux, le sous-financement des organismes communautaires – tout comme le manque de reconnaissance de leur expertise qui semble y être associé – apparaît comme un axe incontournable pour des gains significatifs.*

[...]

*Dans l'optique de remédier à cette situation, le Commissaire considère qu'il est urgent de donner aux organismes communautaires les moyens financiers pour jouer pleinement leur rôle dans le secteur de la santé mentale » (Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec, 2012, p.99).*

Nous tenons à exprimer nos craintes dans la situation d'une nouvelle superstructure qui serait, de facto, à la fois notre bailleur de fonds et un fournisseur direct de services publics. Dans quelque réforme qu'envisagerait le gouvernement québécois, l'indépendance du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour les fins de répartition des sommes allouées aux organismes communautaires doit être conservée, avec un budget permettant un soutien financier reflétant l'importance du rôle joué par les organismes communautaires.

- 3- Nous recommandons que toute modification législative à l'organisation et la gouvernance du réseau santé et de services sociaux prévoie d'exclure les budgets du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) de la gestion budgétaire par programmes-services, ainsi qu'un rehaussement significatif des sommes qui y sont dédiées.

## 7. La participation citoyenne

*« Une société civile forte, et en particulier des organisations de personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux, de familles et de soignants, peut aider à établir des politiques, des lois et des services plus efficaces et plus responsables dans le domaine de la santé mentale d'une manière conforme aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme » (Organisation mondiale de la Santé, 2013)*

Dans la planification et l'organisation des services de santé mentale, on oublie trop souvent l'apport des citoyennes et citoyens, des usagères et usagers et des organismes actifs dans la communauté.

Nous sommes très préoccupés par ce projet de loi qui instaure une nouvelle gouvernance pour des établissements régionaux, notamment en précisant la composition de leur conseil d'administration dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. La direction de ces établissements étant confiée à des présidents-directeurs généraux, également nommés par le ministre.

Le partenariat entre le réseau et le milieu communautaire a déjà été passablement mis à l'épreuve avec la dernière réforme, qui consacrait les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) comme les uniques entités « responsables et imputables » des services sur leur territoire, sans que des instances représentatives de la communauté puissent contribuer au processus décisionnel.

Il y a dix ans, les CSSS recevaient le mandat d'animer les réseaux locaux et on a assisté à la mise en place de tables de concertation au niveau local dans la foulée des projets cliniques de 2005. La participation à ces tables est vite devenue anémique. Après l'engouement des projets cliniques qui ont rapidement été tablettés après leur élaboration, les partenaires ont vite compris que le pouvoir n'était pas là et que ces tables de concertation n'avaient aucune emprise sur le cours des choses.

Notre expérience démontre que lorsque les conditions de participation ne sont pas établies formellement par décision gouvernementale et qu'elles sont laissées au bon vouloir des responsables locaux et régionaux, les personnes représentatives de la communauté sont systématiquement ignorées et écartées des lieux où se prennent les décisions.

« À quoi bon s'investir dans des lieux de concertation factices, alors que les décisions se prennent ailleurs ? », ce constat démobilisant, est trop souvent entendu dans le milieu communautaire. Il y a en effet quelque chose de kafkaïen à identifier des priorités et à répéter le même exercice d'année en année, alors que les instances décisionnelles en font complètement abstraction, ou pire, ne cherchent même pas à être informées.

Les réorganisations du réseau public des dernières années ont amené leur lot de changements d'organigrammes, de mobilité des personnes aux postes de direction, de recomposition des

équipes de travail. Pendant ce temps on a observé dans plusieurs territoires des ruptures de contact du réseau public avec le milieu communautaire.

Des savoir-faire et des pratiques de collaboration entre les ressources publiques et le milieu communautaire se sont perdus.

Lorsqu'il n'y a pas ou peu de contact entre le réseau public et le communautaire, des conséquences indésirables surviennent :

- Le réseau public tend à vouloir tout faire;
- Le réseau dédouble les services existants;
- Le réseau n'a pas le réflexe de penser au communautaire (à offrir de l'information à la clientèle à propos des organismes communautaires, à les inviter aux réunions et aux formations...);
- Le réseau perçoit le milieu communautaire comme une ressource au service du réseau public;
- Le réseau perçoit les organismes communautaires comme faisant de « l'occupationnel » n'ayant pas de compétences particulières d'intervention en santé mentale;
- Le réseau ne reconnaît pas les compétences des intervenantes et intervenants communautaires;
- Il n'y a pas de reconnaissance des personnes utilisatrices dans leur réalité de citoyennes et citoyens.

Avec les CISSS, on pousse cet illogisme un cran plus loin : le pouvoir est désormais concentré entre les mains d'un conseil d'administration sans imputabilité envers le milieu et un président-directeur-général omnipotent.

Cette proposition de nouvelle gouverne fait fi des principes de représentation démocratique. Elle risque fort de sacrifier une tradition de partenariat qui avait été durement acquise, puis précarisée dans les dernières années, en particulier dans le secteur de la santé mentale.

Un autre défi à relever en santé mentale : les liens de communication sont minimaux et parfois inexistants entre le réseau public, les organismes communautaires, les médecins omnipraticiens, les cliniques médicales, les cliniques-réseau et les groupes de médecine familiale.

Cette incapacité à unir nos moyens, à créer des synergies et à offrir un meilleur accompagnement aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale constitue en définitive une privation inacceptable d'opportunités qui devraient être fournies à ces personnes dans leur démarche vers le rétablissement.

La prochaine Politique interministérielle de santé mentale doit fournir des modèles et des moyens permettant une constante amélioration de l'arrimage entre le réseau public et les ressources communautaires. Nous pensons à l'échange d'informations entre les deux composantes, la participation du communautaire au guichet d'accès, l'activation du réseau local

de services, la participation à la planification des programmes en santé mentale dans le territoire, en lien avec l'ensemble des acteurs intersectoriels.

De plus, les regroupements régionaux d'organismes communautaires en santé mentale, présents dans chacune des régions du Québec, mais soutenus de façon variable, doivent pouvoir conserver leur rôle d'assurer la cohésion de l'action communautaire autonome sur le terrain et dans le respect de la configuration géographique actuelle des régions.

- 4- Nous recommandons que toute modification législative à la gouvernance du réseau santé et de services sociaux prévoie la mise en place d'instances de concertation dont le mandat sera de conseiller les autorités locales et régionales sur toute question relative au secteur de la santé mentale. La composition de cette instance devra assurer la représentativité des personnes usagères et du milieu communautaire.
- 5- Nous recommandons que toute modification législative à la gouvernance du réseau santé et de services sociaux prévoie la consolidation des regroupements régionaux d'organismes communautaires en santé mentale pour leur permettre de jouer leur rôle conseil auprès des autorités régionales.

## Références

- Coalition solidarité santé, On ne peut faire la même erreur deux fois, parce que la deuxième fois, ce n'est plus une erreur, c'est un choix! Mémoire sur le Projet de loi n°10 - Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, novembre 2014.
- Commissaire à la santé et au bien-être, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale, Gouvernement du Québec, 2012.
- Contandriopoulos, Perroux, Brousselle et Breton. Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n°10 et des avenues d'intervention souhaitables. Mémoire sur le Projet de loi n°10 - Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, octobre 2014.
- Daoust-Boisvert Amélie. Réforme de la santé. L'avocat des patients sonne l'alarme : « Une atteinte importante aux droits des citoyens », dit Jean-Pierre Ménard. Le Devoir, 29 octobre 2014.
- Gagnon et Hebert, Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments, Institut de recherche et d'informations socioéconomique (IRIS), 2010.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2014, 18e édition du rapport annuel Dépenses nationales de santé, 2014.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La Force des liens. Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Gouvernement du Québec, 2005.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Making mental health count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2014.
- Organisation des Nations unies, L'ONU appelle à faire de la santé mentale des jeunes l'affaire de tous, Centre d'actualité de l'ONU, ONU : l'édition du jour, Numéro PPQ/6902, 12 août 2014.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, 2013.
- Protecteur du citoyen, Mémoire sur le Projet de loi n°10 - Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, octobre 2014.
- Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon), Gouvernement du Québec, 1988.
- Union des consommateurs, Pour un régime public universel d'assurance médicaments au Québec, 2009.



Le COSME est un réseau de regroupements régionaux d'organismes communautaires œuvrant en santé mentale, qui vise à rejoindre l'ensemble des personnes et organismes concernés par le milieu communautaire en santé mentale.

**Pour nous joindre :**

**Réseau communautaire en santé mentale**      [COSME](#)      [info@cosme.ca](mailto:info@cosme.ca)

**Les représentant-e-s du COSME :**

**Mauricie/Centre du Québec**

Yves Blanchette, (819) 691-2592      [ROBSM 04-17](#)      [info@robsm.org](mailto:info@robsm.org)  
Directeur

**Montérégie**

Josée Veillet, (450) 375 5868      [AASMM](#)      [info@aasmm.com](mailto:info@aasmm.com)  
Coordonnatrice

**Montréal**

Julie Nicolas, (514) 847-0787      [RACOR en santé mentale](#)      [racor@racorsm.com](mailto:racor@racorsm.com)  
Directrice

**Outaouais**

Jean-François Parent, (819) 776-2649      [R.O.C.S.M.O](#)      [envoldir@videotron.ca](mailto:envoldir@videotron.ca)  
Président

**Québec**

Charles Rice, (418) 640-5253      [AGIR en santé mentale](#)      [agir@megaquebec.net](mailto:agir@megaquebec.net)  
Directeur

**Saguenay-Lac-Saint-Jean**

Lili Simard, (581) 716-1209      [ARACSM-02](#)      [aracsm02@smrc.qc.ca](mailto:aracsm02@smrc.qc.ca)  
Directrice

**Soyez à jour... Prenez le virage**

[www.cosme.ca](http://www.cosme.ca)      [info@cosme.ca](mailto:info@cosme.ca)      [COSME.santementale](#)



**Annexe :**

**Les 35 propositions du COSME pour le futur  
Plan d'action en santé mentale**



*La vision que traduit le Plan d'action est celle d'un monde reconnaissant l'importance de la santé mentale et la nécessité de la promouvoir, de la protéger et de prévenir les troubles mentaux. Un monde dans lequel les personnes souffrant de ces troubles peuvent exercer pleinement l'ensemble des droits humains fondamentaux et avoir accès en temps utile à des soins et à un soutien social de qualité et appropriés sur le plan culturel pour faciliter leur rétablissement. Tout cela pour leur permettre d'accéder au meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre et de participer pleinement à la vie de la société et à la vie professionnelle, sans aucune stigmatisation ou discrimination.*

*Organisation mondiale de la santé,  
Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*

## **Présentation**

Dans le cadre des travaux de préparation d'un nouveau Plan d'action en santé mentale pour le Québec, le Réseau communautaire en santé mentale (COSME) a réuni, en mai 2013, des participantes et participants provenant de 45 organismes et de huit régions du Québec pour débattre de propositions. Ces propositions ont suscité un taux élevé d'approbation et la rencontre a aussi permis de recevoir plusieurs suggestions de la part des personnes présentes.

À la suite de cette rencontre, un nouveau cahier de propositions a été soumis aux organismes communautaires en santé mentale du Québec au moyen d'une consultation électronique. Les 35 propositions qui émanent de cette consultation représentent une vision largement partagée au sein du milieu communautaire sur le contenu du prochain plan d'action. Elles ont depuis été transmises aux responsables de la rédaction du nouveau plan au ministère de la Santé et des Services sociaux.



## Ce que nous voulons voir dans le prochain Plan d'action en santé mentale

### ***Pour une Politique gouvernementale***

1- Que le prochain Plan d'action en santé mentale soit une responsabilité interministérielle et gouvernementale. Il est en effet reconnu que la santé mentale est une responsabilité collective qui interpelle l'État et la société dans leur ensemble. Au niveau gouvernemental, sont entre autres concernés, outre le ministère de la Santé et Services sociaux, les ministères de l'Emploi et Solidarité sociale, du Travail, de l'Éducation, de la Justice, de la Sécurité publique de même que la Société d'habitation du Québec.

2- Que le lancement du prochain Plan d'action en santé mentale soit accompagné de l'annonce d'une vaste consultation publique afin de doter le Québec d'une Politique de santé mentale inspirée des meilleurs exemples à l'échelle internationale ainsi que des principes mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé dans son plan d'action 2013-2020. La Politique et le Plan d'action seront arrimés pour constituer la Stratégie québécoise de santé mentale.

3- Que le Plan d'action ait comme canevas de base et pour philosophie d'ensemble d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en vue de promouvoir la santé mentale, de prévenir et de réduire les troubles et problèmes de santé mentale, de respecter les droits des personnes et de soutenir le rétablissement. Les pistes d'action devront permettre d'agir dans un mouvement allant de la promotion au rétablissement.

### ***Une responsabilité interministérielle***

4- Qu'un comité interministériel soit créé pour la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale et pour s'assurer de l'atteinte de ses objectifs. Ce comité interministériel devra présenter en commission parlementaire un rapport annuel sur le suivi du Plan.



### ***Création d'un Comité national***

5- Que le Plan d'action prévoie la création d'un Comité national formé de personnes reconnues pour leurs connaissances en santé mentale : personnes utilisatrices, membres de l'entourage, bénévoles, intervenantes et intervenants du milieu communautaire et du réseau public. Ce comité aura pour mandat d'émettre des opinions sur les enjeux en santé mentale et il pourra entreprendre de façon autonome les recherches qu'il jugera pertinentes.

### ***L'éthique et les droits***

6- Que le Plan d'action mandate le Comité national pour émettre des avis sur les questions éthiques soulevées par des pratiques présentement observées en santé mentale et pour produire des instruments de sensibilisation faisant la promotion de pratiques respectueuses des droits des personnes.

7- Que le Plan d'action confirme le mandat des organismes voués à la défense des droits des personnes en matière de santé mentale et leur accorde des moyens supplémentaires pour qu'ils exercent cette mission.

### ***La stigmatisation et la discrimination***

8- Que le Plan d'action réaffirme la priorité à une lutte constante contre la stigmatisation et la discrimination et confie à un comité représentatif des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des membres de l'entourage, du milieu communautaire et du réseau public la responsabilité et les moyens d'élaborer et d'actualiser une stratégie nationale pour chaque catégorie d'âge à propos de cette priorité.

9- Que le Plan d'action fasse appel, aux niveaux régional et local, aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, aux membres de l'entourage de ces personnes, ainsi qu'au milieu communautaire et au réseau public pour la réalisation d'actions concertées de lutte à la stigmatisation et à la discrimination.



### ***Favoriser la concertation***

10- Que le Plan d'action prévoie la création, aux niveaux local et régional, d'instances paritaires de concertation à propos de l'évolution locale et régionale du Plan d'Action, formées de personnes utilisatrices, de membres de l'entourage, de représentantes et représentants d'organismes communautaires et d'établissements publics. À cette fin, des ressources budgétaires devront être allouées afin de soutenir la pleine participation des personnes utilisatrices et des membres de l'entourage.

### ***Le budget de la santé mentale***

11- Que dans le cadre du Plan d'action, le gouvernement fasse le choix de consacrer 10 % du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux à la santé mentale considérant le sous-financement actuel, l'augmentation des besoins non répondus et pour donner suite aux recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et de l'Organisation mondiale de la santé. Les montants alloués à la santé mentale représentent présentement moins de 8 % du budget du MSSS.

### ***Pour le virage psychosocial***

12- Que le Plan d'action adopte un virage psychosocial, caractérisé par une orientation en faveur du pouvoir d'agir de la personne (dont sa participation active à son plan d'intervention comme partenaire de l'équipe) et qu'il prévoie fournir aux ressources de la communauté les moyens de la soutenir dans son rétablissement. Qu'en conséquence les dimensions concernant, entre autres, les liens et les rôles sociaux des personnes, leurs droits, l'éducation, le travail, l'individualité et l'intimité, l'insertion dans la communauté et l'appartenance citoyenne relèvent de la communauté plutôt que des établissements hospitaliers.

### ***Le droit de choisir***

13- Que le Plan d'action reconnaisse à la personne le droit de choisir l'approche qui lui convient, considérant que la psychothérapie est une réponse éprouvée, qu'elle soit ou non associée au traitement pharmacologique. Que le Plan prévoie le financement de services gratuits de psychothérapie, de soutien,



d'entraide et autres alternatives offerts par les organismes communautaires. Que le Plan prévoit le maintien et le développement de services gratuits et accessibles en psychothérapie dans le réseau public.

### ***Innovation et recherche***

14- Que le Plan d'action favorise la pluralité des approches et des pratiques en santé mentale et prévoit un programme de soutien à l'innovation et à la recherche dont un volet majeur sera réservé au secteur communautaire.

### ***Appuyer les milieux de vie***

15- Que le Plan d'action reconnaisse les milieux de vie communautaires comme lieux privilégiés d'éducation populaire, d'entraide, de mobilisation et d'exercice de la citoyenneté des personnes utilisatrices de services de santé mentale et des membres de leur entourage, et que le Plan leur accorde des moyens supplémentaires pour qu'ils exercent cette mission.

### ***Promouvoir le par et pour***

16- Que le Plan d'action prévoit la consolidation et le soutien au développement d'organismes d'entraide pour personnes ayant des problèmes de santé mentale dont la gouverne est assurée par les usagers (par et pour).

### ***L'embauche de pairs aidants***

17- Que le Plan d'action reconnaisse le titre d'emploi de *pair aidant* et que les ministères agissent en conséquence. Que le Plan prévoit et soutienne l'embauche par les établissements publics et par les organismes communautaires de pairs aidants et que les conditions de travail des pairs aidants correspondent à celles des autres intervenantes et intervenants en santé mentale. Qu'une formation soit accessible au national et dans des régions.

### ***Le sous-financement du communautaire***

18- Que le Plan d'action reconnaisse, comme l'a constaté le Commissaire à la santé et au bien-être, l'état de sous-financement des organismes communautaires en santé mentale. Le plan devra prévoir que les organismes communautaires bénéficieront d'un important rehaussement budgétaire



destiné en priorité à la consolidation de leur mission et au développement de leurs programmes et activités. Au terme du prochain plan, les montants consacrés par le MSSS au financement des organismes communautaires en santé mentale auront doublé et, minimalement, tous les organismes communautaires en santé mentale auront atteint les seuils planchers affectés à leur mission dans le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

### ***Un regroupement par région***

19- Que le Plan d'action reconnaisse la nécessité de l'existence d'un regroupement des organismes communautaires et alternatifs dans chacune des régions du Québec. Le financement accordé à ces regroupements devra leur permettre de jouer en permanence un rôle de formation, de liaison, d'animation et de développement de l'action communautaire.

### ***Le logement***

20- Que le Plan d'action prévoie d'augmenter le nombre de logements sociaux, puisqu'il est reconnu que l'accès à un chez soi est un facteur déterminant dans la démarche de rétablissement de la personne aux prises avec des difficultés de santé mentale. Un objectif en cinq ans de 12 000 unités résidentielles avec un soutien pour que le coût d'un loyer corresponde à 25 % du revenu brut mensuel serait un minimum à atteindre.

21- Que le Plan d'action permette le développement de l'approche « logement d'abord » afin d'offrir une alternative aux personnes qui vivent des difficultés importantes, en particulier les personnes itinérantes vivant avec des troubles importants de santé mentale.

### ***Le travail et les études***

22- Que le Plan d'action reconnaisse, dans une perspective d'exclusion zéro, l'importance d'augmenter les ressources d'intégration au travail, d'accès aux études et de réadaptation psychosociale. Ces programmes doivent être conçus pour favoriser la mouvance de la personne, la soutenir dans son rythme de cheminement et ne pas être contraints par une échéance de temps et l'obligation de la finalité en emploi.



23- Que la notion d'intégration au travail soit élargie et comprenne des programmes de participation sociale et citoyenne, liés aux désirs et aux intérêts de la personne et tenant compte de ses forces et de sa mouvance dans sa démarche de rétablissement.

24- Que le montant du revenu de travail exclu pour le calcul de la Sécurité du revenu soit doublé afin de faciliter l'accès au travail à temps partiel rémunéré.

25- Que le nombre de contrats d'intégration au travail (CIT) soit augmenté, qu'on en élargisse les critères d'accessibilité, la durée selon le besoin, l'intérêt exprimé par la personne, et que l'on augmente le nombre de places dans le programme PAAS Action selon les besoins des personnes et de leur capacité de mouvance.

26- Que le Plan d'action reconnaisse l'importance d'améliorer l'accès à des programmes d'intégration et de maintien aux études afin de permettre à la personne d'acquérir connaissances et compétences, d'assurer sa participation citoyenne et de favoriser son rétablissement.

27- Que le Plan d'action prévoie la création aux niveaux national, régional et local de mécanismes de concertation entre les instances de l'enseignement, de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires en vue de fournir aux personnes vivant avec des difficultés de santé mentale des services d'orientation, d'accompagnement et de soutien dans leur démarche d'intégration aux études.

28- Que le Plan d'action prévoie que des échanges aient lieu avec les organisations syndicales et patronales et autres milieux concernés, ainsi qu'avec des personnes qui vivent ou ont vécu des troubles mentaux dans le cadre de leur travail afin d'élaborer des programmes de prévention et promouvoir une organisation du travail favorisant la santé mentale au travail.



29- Que le Plan d'action fasse la promotion de pratiques de soutien au rétablissement qui assurent le maintien en emploi des travailleuses et travailleurs qui subissent un problème de santé mentale et qui supportent la réintégration au travail pour celles et ceux qui ont dû quitter leur emploi pour des difficultés de santé mentale.

### ***L'intervention de crise***

30- Que le Plan d'action assure le financement et le développement des services des centres de crise communautaires pour dispenser, sur l'ensemble du territoire, une alternative aux urgences, à l'hospitalisation, à l'intervention policière et à la judiciarisation.

### ***Les membres de l'entourage***

31- Que le Plan d'action reconnaisse les associations de membres de l'entourage comme partenaires dans le rétablissement et qu'elles reçoivent le financement requis pour leur mission d'aide et de soutien.

### ***Les femmes et la santé mentale***

32- Que le Plan d'action se préoccupe de la condition des femmes, car elles reçoivent davantage de diagnostics de problèmes de santé mentale que les hommes, qu'elles sont davantage victimes de préjugés et que les approches thérapeutiques sont souvent mal adaptées à leur condition.

### ***Les hommes et la santé mentale***

33- Que le Plan d'action en santé mentale favorise l'émergence de stratégies visant à rejoindre les hommes, considérant leur taux élevé de détresse psychologique, la prévalence plus répandue chez eux du suicide et leur faible propension à requérir des services de soutien.

### ***Régions éloignées et milieu rural***

34- Que le Plan d'action en santé mentale tienne compte des particularités des régions éloignées et du milieu rural, en particulier leurs besoins liés à la psychothérapie, au transport, au logement et à l'intégration socioprofessionnelle.



***Davantage de moyens pour...***

35- Que le Plan d'action prévoie aussi de fournir davantage de moyens au milieu communautaire en santé mentale pour, notamment, intégrer la promotion et la prévention comme axes de travail en amont afin de réduire les problèmes de santé mentale, pour l'acquisition de meilleures habitudes de vie, pour offrir la disponibilité d'alternatives à la judiciarisation, pour augmenter la capacité d'intervention dans les communautés ethnoculturelles, pour la prévention du suicide...

*Adopté par le COSME en juillet 2013*