



Bilan : L'élève de Québec redouble encore une fois l'examen du Ministère. Néanmoins, les efforts démontrés au cours du dernier trimestre laissent entrevoir des possibilités intéressantes pour l'année 2010-2011, qu'il faudra cependant concrétiser...

**Mémoire présenté par l'AGIR en santé mentale au MSSS
dans le cadre de l'évaluation de l'implantation
du Plan d'action en santé mentale- 2005-2010- La force des liens**

Avril 2010

10^{ans} La force
des liens
avec
le communautaire
Pour plus d'informations

Table des matières

Préambule et présentation de l'AGIR

Le bulletin

- **Information et sensibilisation en santé mentale**
- **Services de crise**
- **Évaluation et traitement –première ligne**
- **Suivi intensif et soutien d'intensité variable**
- **Services résidentiels**
- **Intégration au travail**
- **Intervention préventive**
- **Intervention en cas de crise suicidaire**
- **Personnes présentant un diagnostic de comorbidité**

Les compétences transversales

- **L'enjeu du financement et l'objectif du 10 % aux organismes communautaires**
- **Le partenariat et la concertation**
- **Le rétablissement vous dites ?**

Annexe 1 : Évaluation de l'implantation du plan d'action 2005-2010 : Grille de consultation

Préambule et présentation de l'AGIR

«Alors, M. le Président, très honnêtement, là, on ne veut vraiment pas se défilier dans ce dossier-là. Ça va mal en santé mentale. C'est clair.»

Michel Fontaine, PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale comparaisant auprès de la Commission de la santé et des services sociaux, le 2 février 2010, Assemblée nationale du Québec, 39^e législature, 1^{ère} Session

En effet, «ça va mal en santé mentale» dans la région de Québec. Ça va mal parce que les listes d'attente s'allongent et que le système congestionne, en amont et en aval. Nous posons l'hypothèse que ça va mal parce qu'on a misé sur une organisation de services centrée sur l'hôpital, l'urgence et la crise qui fait en sorte que les personnes doivent se retrouver en crise ou en urgence pour avoir accès aux services ou contourner les listes d'attente. Ça va mal parce que les principaux acteurs de première ligne, sur lequel devaient reposer cette réforme, sont désabusés et démobilisés parce qu'ils ont cru naïvement à la rhétorique qui accompagnait cette réforme mais qui ne s'est jamais traduite par des budgets correspondants.

Les hautes instances de l'Agence régionale auront beau jouer du violon pendant que Rome brûle à leurs pieds, la situation actuelle est tributaire des décisions prises au cours des cinq dernières années.

On a misé beaucoup sur l'institution psychiatrique, qui se voit si belle dans son miroir depuis qu'on l'a coiffée d'un statut universitaire, mais qui s'inscrit en porte à faux avec une première ligne généraliste et communautaire. On a mis tous nos œufs dans le clinquant programme clientèle scindé selon des catégories diagnostiques alors que sur le terrain, les histoires de vie sont multiformes, complexes et transcendent la question du diagnostic. On a surspécialisé la psychiatrie, érigé le système en silo, alors que tous les documents d'orientation du MSSS, de l'Agence et même ceux de l'OMS¹, pointent dans l'autre direction.

Malheureusement, la situation actuelle a des airs de déjà vu. En 1996, le Vérificateur général du Québec² affirmait à propos de la Régie régionale de Québec que «six ans après l'élaboration de la Politique de santé mentale, on ne peut que constater un échec

¹ OMS (2006) *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 2006

² Vérificateur général du Québec, *Rapport à la direction de la Régie régionale de Québec concernant la vérification de certaines activités de la Régie régionale relatives au soutien des organismes communautaires et à la santé mentale*. 1996

quant au réaménagement souhaité des ressources en santé mentale». En 2003³, la région de Québec redouble l'examen du vérificateur général n'ayant réalisé que 24 % des recommandations qu'il avait émis en 1996.

Plusieurs notes sont accolées au bulletin :

- «Plusieurs volets de la politique de santé mentale n'ont jamais été appliqués et les actions qui auraient pu servir à les promouvoir n'ont pas été précisées.»
- «On n'a pas réussi à dégager les sommes nécessaires à la transformation des services de santé mentale»
- En outre, le ministère n'assure pas le leadership requis pour que s'effectue adéquatement la transformation des services.»

L'AGIR, qui est le principal carrefour du milieu communautaire en santé mentale dans la région de Québec, tient à faire part de ses observations et de son analyse. Lors de notre rencontre régulière du 23 mars dernier, nous avons convié l'ensemble de nos membres à une séance de travail au cours de laquelle nous avons annoté votre grille de consultation sous forme de bulletin.

Plusieurs informations nous échappent et c'est la raison pour laquelle nous avons omis de nous prononcer sur certains éléments de la grille de consultation, dont la section portant sur les enfants et les jeunes. Les missions des groupes de l'AGIR portent très majoritairement sur les adultes. Nous nous sommes ainsi sentis interpellés par la plupart des sections couvrant les adultes et en particulier les services de proximités dans la communauté.

Permettez-nous enfin de nous présenter.

L'AGIR, acronyme pour «Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale de la région de Québec», soulignera l'an prochain ses 25 ans d'existence et regroupe 38 organismes en santé mentale de la région de la Capitale nationale, soit la presque totalité des organismes œuvrant dans ce secteur.

L'AGIR, de par ses actions et ses représentations depuis près de 25 ans adhère fortement à l'idée que la première ligne soit le lieu principal de la résolution des problèmes des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Le réseau communautaire et alternatif en santé mentale a été un pionnier dans le développement de pratiques novatrices telles que le soutien au logement, le soutien à l'emploi et aux études, l'intervention intersectorielle, le développement de la citoyenneté. Le réseau

³ Vérificateur général du Québec (2003) Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003 Tome II

communautaire a été le premier à mettre le cap, à partir de ses pratiques, sur le rétablissement et l'appropriation du pouvoir d'agir des personnes.

Notre réseau couvre un éventail diversifié de services, notamment au niveau de la crise, en milieu de vie et d'entraide, d'intégration au travail, d'hébergement, de soutien communautaire, d'écoute téléphonique, de soutien aux parents, de prévention du suicide, de défense des droits, de prévention et de promotion de la santé mentale.

Le bulletin

Point A : Information et sensibilisation en santé mentale

Si les CSSS ont réalisés quoi que ce soit en rapport avec la campagne nationale, ils ont été fort discrets. Même nous, qui somme pourtant dans le milieu, en n'avons pas entendu parler.

Toute campagne de sensibilisation et de promotion doit, en effet, s'appuyer sur des actions locales et régionales. Plusieurs organismes communautaires, de par les liens de proximité qu'ils ont tissés avec la communauté locale, auraient pu jouer un rôle dynamisant, mais leurs contributions n'ont été ni sollicités, ni mobilisés.

Encore faut-il que le message rallie l'ensemble des acteurs concernés. En assimilant la dépression à une «maladie», on donne un biais biomédical au message, d'autant plus que plusieurs recherches⁴ démontrent qu'un message centré sur la maladie suscite des réactions plus négatives qu'un message centré sur une explication psychosociale de la problématique.

Qu'importe de quel côté on se situe dans ce débat, il est tout de même étonnant que le MSSS engouffre 4 M \$ dans une campagne d'information sans tenir compte de cette donne.

En termes d'impact et de rayonnement, on considère que l'APUR, de par ses interventions publiques, a fait davantage pour contrer la stigmatisation que l'ensemble des CSSS de la région. Nous croyons que c'est ce genre d'initiative, qui met la population en contact avec la preuve vivante que le rétablissement est possible, qu'il faut encourager et multiplier.

Note : E

Point C : Services de crise

Dans la région de la Capitale nationale, l'intervention de crise est assumée principalement par le milieu communautaire, en particulier par le Centre de crise de Québec, le Centre de prévention du suicide, l'Arc en ciel et PECH.

Les mécanismes prévus à la Loi P-38 sont en place et rodés depuis plusieurs années et ont fait l'objet d'une évaluation positive de la part de la Direction de la santé publique. On peut facilement affirmer que système d'intervention de crise à Québec à une longueur d'avance par rapport aux autres régions du Québec.

⁴ Mehta, S., and Farina, A. Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1997, vol. 16, n°4, pp. 405-419

En 2006, dans un contexte de régionalisation et de localisation, le MSSS décide d'implanter dans toutes les régions du Québec une ligne « Info-Social » à l'image de la ligne « Info-Santé ». Cette mesure, telle que définie dans un cadre de référence du MSSS, aurait eu pour effet d'écarter les organismes qui offrent des services d'intervention de crise de même que ceux qui assument l'intervention téléphonique.

Qu'à cela ne tienne, « l'État c'est moi » comme disait Louis XIV et les CSSS ont acquiescé à cette orientation provinciale, quitte à dédoubler une organisation de services qui fait l'envie de bien des régions.

Un comité d'implantation a été créé dans lequel le milieu communautaire était représenté. Les travaux de ce comité ont toutefois évolué «en dents de scie».

D'abord les échéances d'implantation. Prévues pour décembre 2006, la mise en place de ce projet a été reportée d'année en année avec l'imposition d'une nouvelle échéance irréaliste «comme épée de Damoclès». Au lieu de tenir compte des particularités régionales ou locales en bonifiant l'offre de service en intervention de crise, le gros des énergies communautaires a été de contrer une commande imposée d'en haut, qui aurait eu pour effet de démanteler un réseau qui fonctionne bien et qui a fait ses preuves.

En juin 2007, une offre de service du communautaire a été déposée au comité d'implantation en s'inspirant d'un scénario avancé par les CSSS eux-mêmes. Depuis, plus de son, plus d'image; les rencontres du comité d'implantation ont tantôt été reportées, quand elles n'ont pas carrément exclu les représentants du communautaire d'une convocation à une réunion sous prétexte que les représentants du réseau devaient se concerter entre eux avant d'échanger avec nous.

Il aura fallu médiatiser ce dossier pour que le Ministre Couillard oblige les CSSS à signer un protocole d'entente avec les centres de prévention de suicide avant de déployer la ligne 811. Pour l'instant, le dossier est en sursis dans la région de Québec, mais nous avons l'impression d'avoir perdu un temps fou inutilement, sans bonifier quoi que ce soit dans l'offre de service en intervention de crise.

Par ailleurs, on constate que les délais de 5 jours pour le passage de la crise aux services de 1^{ère} et 2^e ligne sont loin d'être atteints, même dans les CLSC les plus performants. Ces délais s'expriment davantage en nombre de mois.

Note : E

Point G : Évaluation et traitement – première ligne

La mise en place de guichet d'accès dans les CSSS a été pour nous une occasion de proposer une fonction de liaison avec le milieu communautaire afin de faire connaître aux CLSC la diversité des services offerts par le milieu communautaire et d'en favoriser

l'accès. Cette fonction s'adresse à chacun des six points de service des CSSS Québec-Nord et Vieille-Capitale et est financé à parts égales par les deux CSSS.

Le bilan que nous faisons de part et d'autre de ce projet novateur et unique au Québec est très positif. L'an dernier, notre agent liaison a été appelé à conseiller les intervenants des guichets d'accès à 829 reprises.

La prise en charge dans un délai de 30 jours par les CSSS est utopique pour la majorité des CSSS dans le contexte actuel, à moins d'être en crise.

Malgré l'implantation massive de GMF, il demeure difficile d'avoir accès à un médecin de famille, particulièrement pour la clientèle dite «orpheline». Dans bien des cas, on nous rapporte que l'accès à des programmes d'intégration en emploi dans le cadre de services spécialisés, nécessite un rapport médical et qu'on facture de 25 \$ à 50 \$ pour l'évaluation du médecin.

Pour ce qui est du psychiatre répondant, nous avons eu connaissance de deux psychiatres qui avaient pris l'initiative d'innover en supportant des équipes de CLSC. Hélas, ils ont dû se retirer parce que le département unique de psychiatrie ne dispose pas de plan d'ensemble sur la question.

Note : - Mise en place du guichet d'accès : B.

- Psychiatres répondants et accès au traitement en 1ere ligne : E.

Point I : Suivi intensif et soutien d'intensité variable

En 2004, l'AGIR a adapté au contexte québécois un contenu de formation portant sur le soutien communautaire selon une approche axée sur les forces des individus. Selon nous, cette approche est parfaitement compatible avec les principes du rétablissement et de l'appropriation du pouvoir d'agir, ainsi qu'avec les valeurs promues par le milieu communautaire autonome en santé mentale.

La diffusion de cette formation est le fruit d'un partenariat entre l'AGIR, le PAVOIS et PECH. Nous avons dispensé cette formation de trois jours à une centaine d'intervenants de la région de Québec.

Dans le contexte où le soutien communautaire est identifié comme une priorité du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, il nous apparaissait opportun d'outiller nos intervenants en faveur d'une pratique pour lequel le milieu communautaire a été un précurseur.

Au cours de l'année 2007-2008, l'Agence de la santé et des services sociaux a octroyé au milieu communautaire un montant de 275 000 \$ destiné à des activités de soutien d'intensité variable, qui s'est traduit par l'ajout de sept postes aux effectifs d'alors, ce qui est bien peu compte tenu de la demande et des cibles du MSSS. Il s'agit des seuls

montants de développement versés au communautaire au cours des cinq années du Plan d'action.

Note : C

Point J : Services résidentiels

Les points de vue sont partagés, par rapport au redéploiement du parc RI/RTF. Il y a certainement eu quelques initiatives intéressantes, comme le développement d'une quarantaine d'unités de logement social à partir de l'enveloppe du parc. D'autres, par contre, estiment que le redéploiement aurait pu aller beaucoup plus loin dans la transformation de ce réseau en faveur d'une approche de soutien au logement.

On assiste présentement à une spécialisation des ressources intermédiaires selon des problématiques spécifiques, ce qui représente un recul important dans la mesure où les services de soutien dans la communauté doivent épouser une approche globale. On a également converti plusieurs unités en place de transition, mais la question du relais vers le logement autonome demeure entière. L'abondante littérature sur le soutien au logement pointe davantage vers une approche de «housing first», plutôt que de multiplier les paliers de transition.

Avec un budget qui oscille autour de 15 M \$, on a raté une belle occasion pour convertir une partie de ce parc en faveur d'une approche de soutien au logement et de rejoindre davantage de personnes en situation d'instabilité résidentielle, en plus de ceux actuellement hébergés dans ce réseau et qui pourraient bénéficier d'une approche plus souple.

Il y a bien sûr eu les avancées réalisées par le programme intersectoriel «Clé en main» et la coalition créée pour favoriser le développement du logement social en santé mentale. Mais avec seulement 85 unités disponibles, alors que les besoins se chiffrent en milliers, nous sommes encore bien loin du compte. Avec seulement 10 % des places disponibles en soutien au logement, on peut difficilement dire que la région a opéré un virage en faveur du soutien au logement.

Il serait pourtant si simple de convertir des places d'hébergement en soutien au logement et avec le même montant rejoindre davantage de personnes.

On s'accorde toutefois pour accorder une note de passage, compte tenu des efforts manifestés par certaines personnes au sein de ce réseau.

Note : C

Point K : intégration au travail

Une des premières actions de l'Agence régionale dès l'entrée en vigueur du plan en 2005, a été d'abolir la table de concertation sur l'intégration au travail/étude, créée dans la foulée du rapport Fillion/Laroche en 2003. Plusieurs initiatives du milieu communautaire ont été présentées depuis mais ne sont pas soutenues par l'Agence.

Croissance Travail, par exemple, avait développé un plateau de travail pour six personnes à l'Externat St-Jean Eude à la demande du CLSC La Source. Selon le montage financier convenu à l'époque, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale avec Emploi Québec finançait de façon non récurrente et à hauteur de 35,000 \$ la première année d'opération et l'Agence régionale devait prendre le relais par la suite et assurer la récurrence. La deuxième année d'opération, l'organisme a dû réduire le service à 4 jours semaine et la contribution de l'Agence, toujours non récurrente, était ramenée à 28,000 \$. L'année suivante elle aura été de 14,000 \$ et pour l'année en cours de 10,000 \$. De plus, l'Agence suggère à l'organisme d'autofinancer le plateau en demandant une contribution à tous ces milieux d'accueil, ce que l'organisme refuse.

Le PAVOIS, tant qu'à lui, avait développé deux points de service soient à Loretteville et à Ste-Foy, à la demande de l'Agence régionale. Le point de service de Ste-Foy bat de l'aile financièrement et l'organisme doit quémander des fonds discrétionnaires du ministre pour le maintenir en vie. Encore une fois, les portes sont fermées à la direction de la santé mentale de l'Agence, qui nous réfère systématiquement à la responsable du programme SOC.

Note : E

Point L : Intervention préventive

En 2007-2008, il y a eu le projet-pilote SOS Rupture, présenté en partenariat par le Centre de prévention du suicide et l'organisme AutonHommie, dédié à la problématique spécifique de la condition masculine. Ce projet, financé par le MSSS à partir d'une enveloppe non récurrente, a été offert à des milieux scolaires et des entreprises dont les employés étaient en majorité des hommes.

Compte tenu de la non-récurrence de l'enveloppe, ce projet a bénéficié de soutien financier seulement pendant un an. Les organismes, pour le maintenir, doivent en assumer les frais. L'idée de créer des projets pilotes est intéressante mais la consolidation doit être soutenue, ne serait-ce que pour assurer la pérennité.

Note : C

Point M : Intervention en cas de crise suicidaire

En 2002, le Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ) a mis sur pied un projet pilote SILAR (système intégré de liaison, d'accompagnement et de relance auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide). Ce projet pilote a été évalué par la Santé Publique et est devenu un programme en 2006. Le programme SILAR a servi d'exemple lorsque le MSSS a écrit le cadre de référence pour le suivi étroit auprès de personne suicidaire.

Ce programme se fait grâce à la collaboration étroite avec les centres hospitaliers du CHA et du CHUQ ainsi que du Centre de crise de Québec. Également, pour mener à bien l'arrimage de ce programme, les trois CSSS partenaires participent à ce programme

(Vieille Capitale, Portneuf et Québec-Nord).

Ce programme a vite été victime de son succès et a connu une hausse de 70 % d'augmentation en trois ans, passant de 82 demandes lors de la première année d'implantation à plus de 300 pour la présente année. Le CPSQ a été dans l'obligation d'ajouter des cliniciennes afin d'assurer les services sans qu'il y ait de liste d'attente.

Malgré les nombreuses représentations du CPSQ, l'Agence a refusé toute forme d'aide financière, il a même été suggéré par l'Agence de faire comme ailleurs et de mettre les gens sur une liste d'attente. Ce sont les dons de la population qui ont permis d'y arriver.

De plus, le CPSQ a fait la démonstration de multiples façons auprès de l'Agence pour démontrer la hausse des demandes d'aide autant à l'intervention téléphonique qui ont doublé (2002 : 12 000 interventions, 2009 : plus de 20 000 interventions téléphoniques), qu'au niveau des suivis thérapeutiques, des groupes d'endeuillés, d'implantation de programme de prévention, etc. Le CPSQ veut faire revoir son soutien financier, il a démontré la qualité et la quantité des services rendus, mais l'Agence a refusé.

En ce qui concerne le suicide, malgré le fait qu'il soit dans les priorités du plan d'action du MSSS, le CSSS de la Vieille Capitale n'a pas été un soutien mais plutôt un frein.

Une semaine avant la fin de l'année financière, l'Agence a annoncé le versement d'une subvention non récurrente, ce qui leur permet d'éviter de justesse un E.

Note : D

Point N : personnes présentant un diagnostic de comorbidité

Aucun des projets cliniques ne mentionnent le type de collaboration à établir pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle. À notre connaissance, les CSSS n'ont réalisé aucune action spécifique par rapport à ces clientèles multi problématiques.

En 2007-2008, L'AGIR a pris l'initiative d'organiser un projet de stage croisé avec un organisme en santé mentale et une ressource d'hébergement en toxicomanie. Nous avons également tenu une réunion d'équipe conjointe au cours de laquelle des intervenants du milieu de la santé mentale et de la toxicomanie ont pris connaissance des rapports de stage.

Il faut signaler également le projet des équipes de liaison spécialisées en dépendance du CRUV dans trois urgences hospitalières de la région. Ce projet, fort intéressant au demeurant, aurait eu intérêt à s'arrimer avec les projets cliniques et faire l'objet d'une programmation concertée.

Note C

Les compétences transversales

L'enjeu du financement et le 10 % aux organismes communautaires

Depuis l'adoption du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, l'AGIR s'acharne à rappeler aux instances gouvernementales et aux représentants politiques l'engagement contenu dans ce plan, à l'effet de rehausser le financement des organismes communautaires en santé mentale afin qu'il atteigne minimalement 10 % des dépenses de santé mentale dans chacune des régions du Québec.

Force est de constater que la machine gouvernementale, y compris le palier politique, fait la sourde oreille aux nombreuses représentations qui ont été effectuées, tant à l'échelle nationale que régionale. Depuis l'adoption du Plan d'action, la situation financière des groupes en santé mentale de la région de Québec stagne, oscillant entre 7,1 et 7,3 %. Elle a même connu un recul de 0,2 % l'an dernier. Pour la seule région de Québec, la mise à niveau en fonction de cette cible représente l'ajout de quelques 4 millions \$ aux 12,5 millions \$ déjà alloués aux organismes communautaires en santé mentale.

Manifestement, il n'y a aucune volonté politique pour redresser la situation. L'Agence régionale ne se sent pas liée par cet objectif du Plan d'action 2005-2010 et le MSSS ne semble pas vouloir lui rappeler.

Pourcentage alloué aux organismes communautaires en santé mentale				
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Région 03	7,3 %	7,1 %	7,3 %	7,1 %
Total provincial	7.3 %	7,2 %	7,2 %	7 %

Pourtant plusieurs actions ont été entreprises depuis quatre ans afin d'amener cet objectif sur les écrans radars des décideurs gouvernementaux : dépôt d'une pétition de quelques 5800 noms à l'Assemblée nationale; conception, production et distribution de 5000 macarons et d'un pamphlet explicatif; mise en ligne d'un site Internet; intervention à la période de questions au conseil d'administration de l'Agence régionale; représentation auprès de l'attaché politique du Ministre de la Santé et des Services sociaux et du Directeur de la Santé mentale au MSSS, interventions dans les médias d'information. Nous nous sommes de plus coalisés avec l'ensemble des regroupements régionaux et provinciaux pour former l'Alliance des forces communautaires en santé mentale pour le financement, qui regroupe quelque 350 groupes communautaires en santé mentale à l'échelle du Québec.

Le 5 septembre 2008, le Comité régional d'allocation des ressources en santé mentale, créé en 2006 dans la foulée des projets cliniques, réunissant l'ensemble des partenaires, décide de se saborder compte tenu que l'Agence fait fi de son existence et de ses recommandations. Lors de cette rencontre, nous apprenions que, sur les quelques 1,2 millions \$ de disponibles pour la santé mentale cette année à Québec, 400 000 \$ iront au Centre régional de réadaptation en toxicomanie, 200 000 \$ au Centre jeunesse et le maigre 402 250 \$ restant servira à soutenir et consolider les services de première ligne.

Ce montant sera versé en totalité aux quatre CSSS de la région selon une logique populationnelle. Pour le communautaire en santé mentale? Rien! zéro! niet! nada!

Ce dossier s'inscrit dans un débat plus large qui est celui de la consolidation de la première ligne et des services de proximité, sur lequel doit reposer toute réforme en santé mentale axée sur la communauté et le rétablissement. Au Québec, depuis une bonne quinzaine d'années, l'orientation est d'opérer un virage dans cette direction : Faire en sorte que 80 % des problèmes de santé mentale se règlent en dehors des hôpitaux, dans les CLSC et les organismes communautaires, principalement. Or, depuis l'adoption du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la majorité des fonds alloués en santé mentale dans la région de Québec ont été versés à des établissements de deuxième ligne.

Cette dernière réforme des services de santé mentale comporte en effet son lot de contradictions. On se gargarise d'un discours sur l'importance de la première ligne alors que, pendant ce temps, on renforce nos grandes forteresses psychiatriques, en les coiffant d'un statut universitaire. On dit vouloir s'attaquer au cloisonnement des services, alors qu'ici, à Québec, on réorganise le principal hôpital psychiatrique en programmes clientèles, sacrifiant ainsi une psychiatrie généraliste et communautaire. À bien des égards, on se situe ici à contre-courant de ce qui se fait ailleurs dans le monde et, en particulier, des orientations mises de l'avant par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui préconise un virage vers la communauté.

Cette réforme soulève aussi des enjeux de gouvernance, en termes de démocratie sanitaire. Ces décisions sont prises derrière des portes closes, sans consultation aucune, par une poignée de directeurs d'établissements et de l'Agence régionale. On est loin de l'époque où le milieu communautaire était considéré comme un partenaire à part égale, qu'il avait son mot à dire et qu'il avait une certaine emprise sur le cours des choses. Devant cet état de fait, nous avons la désagréable impression d'être pris pour acquis, malgré l'apport inestimable que le milieu communautaire a insufflé au champ de la santé mentale à Québec, selon plusieurs observateurs.

La concertation et le partenariat

Le partenariat est mal dans sa peau depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance dans le secteur plus large de la santé et des services sociaux et qui est venue nécessairement accompagner la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Le CSSS sera désormais « imputable et responsable des services de son territoire » et devra s'assurer « du bon service, à la bonne place, au bon moment », pour reprendre les slogans du jour qui accompagnaient cette réforme.

Ainsi, on a mis en place un nouvel échelon hiérarchique : le pouvoir est désormais concentré entre les mains de quelques directeurs d'établissements, réunis autour de la « Table des D.G. » et même l'Agence régionale de la Santé et des Services sociaux semble avoir abdiqué à son rôle de régulateur des forces en présence.

Cette nouvelle gouverne s'inscrit au mépris des principes de démocratie sanitaire et, ce faisant, on a sacrifié une tradition de partenariat qui était très bien ancrée dans le secteur spécifique de la santé mentale à Québec.

On se rappelle qu'un des principes fondateurs de la politique de santé mentale de 1989 était le partenariat. Le rapport Harnois, qui a inspiré cette politique, s'intitulait « Pour un partenariat élargi ». Le milieu communautaire avait toutefois négocié les conditions de participation à ce partenariat. Cette politique de santé mentale confiait à des comités tripartites, dont le tiers des sièges étaient occupés par des représentants d'organismes communautaires, le mandat d'élaborer une planification de services en santé mentale sur une base régionale. Ces comités étaient rattachés directement au Conseil d'administration des régies régionales.

La réforme Couillard aura été un véritable tsunami pour les mécanismes de concertation en place de sorte que la concertation en santé mentale dans la région de Québec se porte plutôt mal. Certes, les CSSS ont reçu 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'est pas là, et que ces tables de concertation n'ont aucune emprise sur le cours des choses.

Il y a eu bien sûr quelques avancées intéressantes, comme la participation des utilisateurs de services et la création de l'APUR, pour supporter cette participation. Mais à quoi bon s'investir dans des lieux de concertation, alors que les décisions se prennent ailleurs, derrière des portes closes et auxquels le milieu n'a pas accès.

Nous avons fait des représentations auprès de l'Agence et convenu avec les représentants de CSSS de nouveaux mécanismes de concertation plus efficaces et surtout plus respectueux des partenaires. Plusieurs enjeux ont été identifiés, notamment le lien entre les travaux des instances de concertation et les lieux de décision et la nécessité de discuter régionalement des dossiers qui touchent l'ensemble des territoires.

Puisse ce nouvel avancé annoncer des jours meilleurs pour le milieu de la santé mentale communautaire de la région de Québec.

Le rétablissement vous dites ?

Encore une fois, on assiste à une transformation qui s'élabore à partir de normes à appliquer et d'indicateurs sommaires, sans souci sur les pratiques qui sont mises de l'avant. En quoi les interventions favorisent-elles ou non le rétablissement ? En quoi cette réforme, qui ne carbure que par des cibles à atteindre et des ententes de gestion, s'inscrit-elle dans un projet collectif ?

Des pans complets d'un véritable réseau axé sur le rétablissement ont complètement été évacué, y compris dans la grille de consultation du MSSS. Qu'en est-il de l'entraide ? Qu'en est-il du soutien aux proches ? À Québec, plusieurs organismes d'entraide « par et

pour» vivent depuis une dizaine d'années, alors qu'on se targue avec fanfare et trompette d'opérer un virage en faveur du rétablissement. Ces groupes comptent parmi les plus pauvres de notre réseau et l'Agence régionale se contente de les financer au compte-goutte. Qu'en est-il des milieux de jour et des centres communautaires, qui ont tissés des liens extrêmement étroits avec leurs communautés locales et qu'on marginalise parce qu'ils ne sont plus au goût du jour ?

Qu'en est-il du développement communautaire, de la place faite à l'innovation sociale ? Le milieu communautaire se sent à l'étroit dans le cadre de gestion actuel qui est aussi emballant qu'une salle d'attente de CLSC.

L'AGIR et l'APUR ont déjà proposé qu'un pourcentage statutaire soit prélevé à même les budgets de développement afin de constituer un fonds dédié à la formation et à l'animation afin de favoriser le virage rétablissement, mais encore une fois, nous avons essuyé une fin de non-recevoir de la part de l'Agence et de nos partenaires du réseau.

Il y a bien sûr eu quelques avancées intéressantes, comme la création de l'APUR et l'émergence de pairs aidants, mais ces avancées demeurent timides eu égard à l'organisation industrielle qu'est devenue le réseau d'aide en santé mentale et que l'on ne cesse de huiler et de réparer.

Le projet clinique du CSSS de la Vieille-Capitale prévoyait notamment le rehaussement du financement accordé au milieu communautaire à hauteur de 10 % et celui du CSSS Québec Nord, le développement d'une panoplie de ressources d'intégration sociale sur son territoire. Nous nous sommes investis de bonne foi dans ces démarches de concertation, croyant que le rétablissement et l'appropriation du pouvoir d'agir des personnes doivent s'incarner dans des programmes et des pratiques, pas seulement dans des discours. Avons-nous, encore une fois, travaillé pour rien ? Est-ce que la planification stratégique, que ce soit le plan d'action ministériel ou les projets cliniques, est devenu un buffet chinois où une poignée de gestionnaires s'aménagent une assiette à leur goût, laissant en plan le reste des engagements qui avaient pourtant fait consensus ?

En 2004, dans le cadre d'une coalition nationale, nous présentions au Ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors, M. Philippe Couillard, un document de réflexion⁵ intitulé «La lumière au bout du tunnel vient-elle de la locomotive qui fonce sur nous ? » Cinq ans plus tard, force est de constater que la locomotive psychiatrique et institutionnelle a non seulement foncé sur nous, mais qu'elle a déraillé quelques kilomètres plus loin.

⁵ Rice, C. (2004), La santé mentale au Québec : la lumière au bout du tunnel vient-elle de la locomotive qui fonce sur nous ? Coalition des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale du Québec

L'heure est venue, selon nous, de remettre le réseau de santé mentale sur les rails à Québec, mais de mettre cette fois-ci au volant, une véritable approche communautaire et de proximité.