

# Messages CSN - 8 Orientations en santé mentale

Rencontre avec le Commissaire à la Santé et au Bien-être

3 février 2012

## Fiche 1

### *Commentaires généraux*

Le domaine de la santé mentale est un secteur de préoccupation pour la CSN, acteur engagé représentant à travers la Fédération de la santé et des services sociaux et la Fédération des professionnelles de la majorité des syndicats présents dans le secteur (Centres Jeunesse, en CRDI ou CRDP, en CLSC, en toxicomanie, en centres hospitaliers généraux ou de services psychiatriques ou encore en Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou en hébergement privé, en RI ou en RTF et dans les organismes communautaires et centres de crise.). Nos syndicats sont mobilisés pour l'amélioration des services pour toutes les personnes vulnérables, notamment les personnes âgées, ils sont également actifs dans le processus de modernisation des pratiques professionnelles (Loi 21).

Cette consultation du CSBE, nous l'avons envisagée comme une occasion d'actualiser et d'affiner notre vision sociale et notre compréhension des problèmes, défis et contraintes du terrain, - consultant les gens qui œuvrent au quotidien auprès des personnes atteintes et leurs proches – et pour collaborer à améliorer les services, prévenir l'aggravation des problèmes et consolider les fondements d'une solidarité sociale élargie.

En particulier, nous tentons de démedicaliser l'approche des problèmes de santé mentale pour faire une meilleure place aux réponses des services sociaux et communautaires, réclamant notamment la modernisation de la Loi canadienne de la santé afin de reconnaître, au-delà du « médicament requis », ce qui est « socialement nécessaire », en santé mentale, en toxicomanie ou en soutien à domicile par exemple.

Pour la CSN, il faut une approche globale pour améliorer l'accès autant aux services médicaux qu'aux services sociaux, pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, et en particulier pour celles, nombreuses, qui cumulent aussi des difficultés connexes ou comorbidités (toxicomanies - drogue, alcool, jeu, cyberdépendance-, violence, chômage, pauvreté, itinérance).

Pour toutes ces personnes, l'approche doit s'élargir aux proches et aux communautés d'appartenance (autochtones, réfugiés, communautés culturelles ou immigrantes) aux organismes du milieu, afin d'agir en synergie et en continuité avec les instances formelles des divers ministères et réseaux concernés (santé, éducation, logement, garderies, police, emploi, loisirs, revenu, etc).

C'est tout un tissu social qu'il s'agit de mobiliser afin d'assurer un ensemble de liens et de partenariats réels, équitables, durables et imputables des résultats atteints selon les mandats et ressources qui leur sont confiés.

En somme, pour la CSN, le rapport du CSBE sur la santé mentale doit fournir un levier pour aider les personnes en difficulté et enfin sortir le secteur de la santé mentale de sa situation de parent pauvre du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour cela, il faudra prendre les grands moyens et fournir des ressources et des incitatifs cohérents, sur les bases du PASM (2005-2010), *le Plan d'action en santé mentale La force des liens* et sur celles des orientations que vous esquisserez pour l'avenir.

Le document de présentation place très bien les enjeux et l'état de la situation, nous avons tenté de répondre le mieux possible aux questions soulevées.

## Fiche 2 :

### *Remarques sur les principes transversaux.*

La participation des usagers dans la planification, l'organisation et l'évaluation des soins et services offerts en santé mentale nous apparaît comme un enjeu fondamental. Elle contribue à l'appropriation du pouvoir d'agir et à un plus grand contrôle des usagers et des proches sur les décisions qui les concernent. Ce principe est un enjeu de démocratisation du système et il doit s'appliquer partout, à tous les échelons

Le respect des droits des usagers dans le secteur de la santé mentale pose toujours problème et interpelle. Comment implanter une culture des droits dans le système de santé ? Il reste beaucoup à faire pour sensibiliser et informer sur les méfaits de la stigmatisation et véritablement développer des façons d'assurer la confidentialité, essentielle pour établir de la confiance et intervenir.

Le travail en concertation et en partenariat Pour faire de la santé mentale l'affaire de tous, le Commissaire a raison de souligner la nécessité d'une mise en commun d'une diversité d'acteurs, au risque de solides confrontations pour dégager des objectifs communs et des approches complémentaires pour aider personnes, proches et communautés. Depuis longtemps, ce secteur est miné de conflits persistants où chacun pense détenir la vérité, freinant la collaboration et les pressions pour obtenir plus d'investissements. C'est tout un défi à surmonter pour mobiliser et développer des liens de confiance et soutenir de vrais partenariats.

## Les orientations

### Fiche 3 : Orientation 1

#### *Lutte à la stigmatisation*

Question 1: Quels sont les facteurs déterminants en regard de la stigmatisation en santé mentale ?

Bravo de nommer le sous-financement des services de santé mentale du réseau SSS comme forme de stigmatisation organisationnelle. C'est vrai que la pauvreté des services contribue à stigmatiser et à abandonner leurs usagers, et en particulier les cas les plus lourds.

Bravo aussi de souligner la judiciarisation des troubles mentaux, si préjudiciable aux personnes atteintes de troubles mentaux. Dès l'application de la P-38 (ordonnance d'intervenir lorsqu'une personne peut être dangereuse pour elle-même ou autrui), on contribue à la stigmatisation en renforçant l'isolement, la marginalisation et la dégradation de l'état de santé des personnes.

Selon nous, les facteurs déterminants des stigmatisations sont d'abord le manque de vision et de volonté politique de plusieurs acteurs (MSSS et autres ministères) pour mieux organiser les services et financer les services à la hauteur des besoins. Viennent ensuite une variété de lacunes ... de formation, de concertation des différents milieux/réseaux (police, travail, école, municipalité, etc.) et enfin de campagnes de sensibilisation pour démystifier, etc.

#### Notes au besoin :

Les maladies mentales sont souvent associées à de la faiblesse, à la honte et à l'inconnu; elles embarrassent et font peur. Largement méconnues, elles sont souvent réduites à leurs effets incapacitants et à des préjugés – sauf peut-être la dépression, mieux acceptée, grâce aux campagnes et aux témoignages notamment.

D'emblée, ces attitudes peuvent mener à des comportements discriminatoires qui tendent à ignorer, isoler ou marginaliser les personnes touchées par ces maladies, leur ajoutant un poids de souffrance supplémentaire. Par exemple, quand une personne ayant un problème de santé mentale est responsable d'un acte criminel, les médias en font tout un plat : enquête, recherche de coupables, critique du système. **Cependant lorsque cette même personne réussit à se réintégrer, à se trouver un emploi et agir comme tout autre citoyen, personne n'en parle. Pourtant, des réussites comme ça, il y en a.**

Nos préjugés sont déplorables - une vraie plaie -, parce que personne n'est à l'abri des maladies mentales qui touchent 20 % de la population. Ça peut être un membre de la famille...père, conjointe, fils, cousine, oncle ou grand-mère peuvent être touchés, une ami, un voisin, un collègue de travail, et soi-même, on peut être touché personnellement. Il faut y penser pour se défaire des préjugés.

**Question 2 : Quelles sont les avenues les plus importantes à favoriser dans la lutte à la stigmatisation?**

À la CSN, nous sommes d'accord pour une panoplie de campagnes, certaines pour la population générale, d'autres ciblées pour des clientèles particulières ou des milieux ou intervenants précis. Des efforts doivent être faits auprès des familles.

Par exemple auprès des employeurs qu'il faut sensibiliser aux impacts du stress comme facteur de risque sur la santé mentale. Aussi les milieux d'habitation ou d'hébergement où vivent des personnes âgées et les acteurs comme la sécurité publique, la police, etc.

Il faut aussi préparer et soutenir les différents milieux concernés par ces campagnes, pour qu'ils fassent plus de chemin, qu'ils suscitent des échanges et des activités autour de ces questions. Il faut en parler, informer, sensibiliser.

**Notes au besoin :**

Il faut se rappeler que la clientèle santé mentale est une clientèle qui ne revendique pas, qui se cache et se tait souvent parce que la maladie mentale est encore et toujours un sujet tabou, avec parfois des comportements dérangeants, qui font peur.

Il y a donc beaucoup de travail de sensibilisation à faire, pour expliquer les différentes formes de la maladie, pour suggérer comment agir dans telle situation, pour approcher et démystifier la maladie mentale. Actuellement se déroule une campagne publicitaire impliquant 3 personnalités connues qui parlent de leur maladie mentale. Le message fort de cette publicité est qu'il est possible d'avoir une vie normale même si on a vécu un épisode majeur de maladie mentale. C'est un message d'espoir. Il faut aller encore plus loin dans les explications mais c'est dans cette optique qu'il faut mettre l'accent.

Plusieurs initiatives peuvent aider. Des programmes « sentinelle » de prévention, inspirés des personnes sentinelles à l'affût des indices de suicide, peuvent faire une réelle différence. Il faut encourager ça dans tous les milieux. Et encore plus dans les milieux défavorisés, où les problèmes de santé mentale peuvent s'aggraver, et se multiplier les obstacles pour accéder aux différents services (pauvreté, insalubrité, violence, abus sexuels, toxicomanie, négligence). Enfin, face à l'itinérance, il faut comprendre que ce n'est pas toujours un choix de vie; on y survit. Plusieurs y sont

par choix mais tout autant sont à la rue parce qu'ils ne trouvent pas de réponses à leurs besoins.

**Question 3 : Quelles sont les pratiques organisationnelles qui contribueraient le plus à la déstigmatisation au sein du réseau de la santé et des services sociaux ?**

Pour la CSN, comme les témoignages et les bilans d'implantation du Plan national d'action en Santé Mentale *La force des liens* (PASM, 2005-2010) le révèlent, les services de santé mentale sont encore le parent pauvre, extrêmement pauvre, du système et cela contribue à la stigmatisation des usagers de ces services. Signalons : une mise en place partielle des guichets d'accès aux services, des suivis bien insuffisants dans la communauté, un maigre soutien aux équipes de 1<sup>ère</sup> ligne et aux formules qui marchent. Il y a aussi des cloisonnements de territoire ou de programmes qui limitent ou fragmentent encore les services et nuisent à une approche globale et humaine des personnes aux prises avec deux problèmes ou même plus : SM et toxico, itinérance, judiciarisation.

Par exemple, Montréal n'a encore aucun hôpital offrant un service dédié aux personnes itinérantes. Les instances de santé ont du mal à assouplir leurs approches inter programmes pour consolider une Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) mandatée d'assurer l'offre de services et stabiliser des équipes régulières pour assurer les suivis à toutes les personnes en besoin. La Ville de Montréal veut aussi une entente de partenariat formelle entre tous les acteurs concernés, la pérennité du Programme d'accompagnement justice et santé mentale de la cour municipale et l'amélioration des mécanismes d'application lorsqu'une personne exerce son droit de refus au traitement (loi P-38).

## Fiche 4 : Orientation 2

### *Intégration et réintégration sociale (emploi, études et logement)*

Question 1 : Quelle serait selon vous la mesure à prioriser pour faciliter l'intégration, la réintégration et/ou le maintien à l'emploi de personnes atteintes de troubles mentaux, particulièrement celles avec un trouble grave?

Un accompagnement personnalisé dans une démarche adaptée vers l'emploi, qui pourra inclure de la formation et divers soutiens complémentaires selon la situation de chaque personne (mécanisme pour assurer le paiement des médicaments lorsque l'aide sociale cesse, stabilité du revenu, transport, logement, soutien aux enfants, structures d'accompagnement). Une meilleure continuité dans les parcours qu'on peut offrir est aussi nécessaire, pour réussir l'insertion, pouvoir rester en emploi et enfin y progresser.

Pour vraiment avancer dans l'insertion, il n'y a pas de mystère : plus on voudra intégrer des personnes atteintes de troubles mentaux ou de déficience à l'emploi, plus il faudra investir dans les mesures de formation et d'insertion en emploi, bonifiant notamment le financement des organismes communautaires et ceux d'Emploi-Québec (Fonds de développement du marché du travail - FDMT, affecté aux mesures de formation de la main-d'oeuvre et à la prestation des services publics d'emploi comme les Services d'aide à l'emploi – SAE et les Projets de préparation à l'emploi – PPE.) Programmes des CLE, etc

#### Notes au besoin (Daniel Tremblay)

Pas assez d'efforts et d'argent de la part du MSSS et du ministère de l'emploi et de la solidarité sociale...on a davantage aidé les personnes à se rétablir d'un point de vue clinique que d'un point de vue social. Il faut trouver des façons de mettre plus d'argent en retour à l'emploi et profiter du plan 2012-2017 de santé publique pour le faire.

Pour le retour au travail des personnes atteintes de troubles mentaux sévères, il faut prévoir des mises à jour de leurs connaissances ou de la formation en cours d'emploi, dans le respect du rythme et des capacités de chacun. Il faudra aussi prévoir des horaires adaptés à leurs limites. Certaines personnes ne pourront plus jamais travailler à temps complet (5 jours/semaine) ou même 8 heures par jour. Malgré leurs limites, ces personnes apprécient de se sentir utiles, c'est très important pour elles.

#### Exemple d'emploi adapté

Coup de Pouce aux Aînés mis sur pied il y a 17 ans. Un organisme de personnes ayant une problématique en santé mentale qui offrent leurs services bénévolement aux personnes âgées qui habitent les appartements de l'OMH de Québec (arrondissement de Beauport). Les personnes qui y travaillent peuvent le faire à raison d'une demi-journée par semaine allant jusqu'à 5 jours/ semaine. Le travail

demandé est quand même important. La majorité des participants ont une longue feuille de route en psychiatrie. Ils ont développé un sentiment d'appartenance à un groupe valorisé (le projet a remporté plusieurs prix au cours des années). C'est important ce qu'elles font et les personnes âgées leur témoignent de la reconnaissance. On a noté une baisse significative de réhospitalisation des personnes qui participent à ce programme.

Il faut donc innover pour créer des milieux de travail et des tâches qui respecteront leur condition, et aussi oser sortir des seuls OSBL.

L'avenue du « Retour au travail subventionné », à l'aide de divers programmes des CLE devrait être possible dans les entreprises privées. C'est une nécessité car une portion croissante des gens touchés par les problèmes mentaux ont une bonne formation académique. Alors ce n'est pas en leur faisant faire du ménage dans une OSBL, avec un programme leur octroyant 130\$ de plus par mois que l'aide sociale, qu'on va les motiver et les soutenir!

**Exemple d'un cas :**

Un client ingénieur en fibre optique. Pour son retour au travail, il aurait fallu un programme pour l'intégrer dans une entreprise privée de fibre optique, pour qu'il puisse y faire une mise à jour de ses connaissances et avoir une chance d'être embauché par la suite.

Faute de mieux, il a dû accepter de se refamiliariser avec les habiletés de travail dans un organisme communautaire, gagnant un revenu total de 1050\$ (aide sociale et programme CLE). Il doit subvenir à sa famille et faire les différents paiements afférents à une maison. Ce fut un échec : il a dû vendre sa demeure, sa conjointe l'a quitté et il a été réhospitalisé. Son retour en société va être encore plus difficile.

En somme, c'est important de viser le retour au travail de toutes les personnes, en leur permettant de se réaliser selon leurs capacités. Il faut également impliquer les entreprises dans le retour au travail de ces personnes pour permettre la mise en place d'une structure d'accueil et d'accompagnement.

**Question 2 : Quelle serait la mesure à prioriser pour faciliter le maintien ou le retour aux études?**

Il n'y en a pas une mais plusieurs, qui sont toutes aussi importantes l'une que l'autre : encadrement, formations adaptées, horaire adapté, support à l'étude (une personne accompagne aux cours), l'aide financière, et enfin la concertation locale ou régionale entre les diverses instances offrant des programmes d'aide (gouvernementale, municipale, communautaire).

Il faut comprendre qu'en général, une personne avec une problématique de santé mentale risque de prendre 2 à 3 ans de plus pour terminer un BAC. Il s'agit donc d'adapter les horaires en conséquence, parfois d'accepter qu'un intervenant l'accompagne pour, par exemple, prendre des notes de cours à la place de l'étudiant.



Comme la capacité d'apprentissage est affectée, la personne doit avoir une meilleure concentration, ce qui est donc plus fatiguant. Il faut ainsi planifier leurs parcours d'études sur la base du constat que ce sont des personnes fragiles, émotionnellement et physiquement.

Aspect financier des études: pour un DEP (étude professionnelle), il y a des programmes pour aider financièrement. Pour le CEGEP et l'université, il n'y a que les prêts et bourses. Pour une clientèle fragile, cela ne convient pas. Comme leur durée de la formation est augmentée, les bourses données s'épuisent et ne couvrent pas toute leur période aux études. Plusieurs personnes sans soutien de leur famille, abandonnent.

**Question 3 : Quelle serait la mesure à prioriser pour faciliter l'accès au logement?**

Pour la CSN, il est clair qu'il faut augmenter et diversifier les ressources et le soutien au logement pour les personnes présentant un trouble grave de santé mentale. Il faut miser sur la construction de logements sociaux à prix abordable, sur les HLM.

Or déjà, les ressources supervisées, les logements sociaux subventionnés et les autres formes d'habitation communautaire du Québec sont en difficulté, faute d'appui cohérent à leur mission. Les récents reculs ont fait très mal, ralentissant de 3000 à 2000 le nombre annuel de nouveaux logements sociaux mis en chantier (budget 2011) laissant ainsi plus de 200 projets de coopératives et d'organismes à but non lucratif en attente dans toutes les régions du Québec, pour un potentiel d'environ 9000 logements requis.

Le Québec doit cesser de tergiverser et mieux soutenir l'habitation communautaire.

#### **Notes au besoin**

Pour une majorité de personnes vivant avec un trouble mental et touchant de l'aide sociale, il faut comprendre que les sommes consenties par mois permettent difficilement l'accès à un logement décent; on ne parle pas de luxe juste de propreté. Les personnes se retrouvent donc à vivre en communauté dans des RTF, dans les réseaux RNI (ressources non institutionnelles) avec des gens qui vivent la même problématique. C'est presque de la ghettoïsation.

D'autre part, l'accès au logement demanderait aussi de la formation sur l'apprentissage des habiletés nécessaires pour vivre en appartement et un suivi.

Or présentement, une personne hospitalisée dont le projet de vie est de vivre en appartement, verra rarement son projet se réaliser. Parce que la pression est énorme

dans le réseau pour sortir les gens le plus rapidement possible des institutions et les orienter vers les places disponibles. On est bien loin de prioriser l'approche du rétablissement et de l'appropriation du pouvoir par l'utilisateur. On aime bien en parler, des politiques et des beaux programmes mais la réalité au quotidien, c'est que la volonté et l'argent n'y sont pas pour soutenir franchement un rétablissement humain bien organisé, doté de suffisamment d'intervenants et de concertation, pour les personnes qui en ont besoin.

**Veut-on dire cela ? on n'a pas de position là-dessus**

Pour certaines personnes présentant un trouble grave de santé mentale, le manque de logement est dramatique et peut virer au cauchemar de la rue, révélateur des limites de la désinstitutionnalisation. Un demi-siècle plus tard, sans vouloir revenir aux asiles, des psychiatres et des intervenants osent aujourd'hui réclamer l'internement d'une minorité de patients avec qui toutes les tentatives de réadaptation ont échoué et qui se retrouvent à la rue.

Car au sens de la loi (P-38), vivre dans la rue ne représente pas un danger «grave et immédiat» pour une personne malade. Léonie Couture, fondatrice directrice de l'organisme La Rue des femmes, à Montréal, n'est pas d'accord et dénonce le passage d'un extrême à l'autre, car dit-elle : « C'est dangereux de vivre dehors. Surtout pour les femmes ». Aujourd'hui, on abandonne les gens dans la rue à cause de cette loi, qui fait en sorte qu'une personne totalement perdue a le droit de refuser un traitement, même si elle n'est pas en état de le faire. » cité dans La Presse 29 janvier 2012 Sans-abri: doit-on rouvrir les asiles? Isabelle Hachey.

**Question 4 : Comment veiller à la cohérence entre les programmes relevant de différents ministères (par exemple, qu'un programme de réinsertion en emploi ne nuise pas à l'autonomie financière de la personne, ou qu'un retour graduel à l'école permette à cette dernière de continuer à vivre décemment)?**

La CSN est d'accord, il faut harmoniser les mesures des programmes des différents ministères de manière à faciliter la réinsertion sociale et relever le revenu et l'autonomie des personnes atteintes de maladie mentale. Les programmes de réinsertion doivent fournir le soutien nécessaire et ce soutien doit inclure une stabilité de revenu sinon c'est l'échec garanti.

Face à la multiplication des instances décisionnelles, le gouvernement devrait miser sur la participation des usagers concernés pour l'aider à coordonner les règles des multiples programmes et mesures voulant répondre à leurs besoins. En se mettant à l'écoute des usagers, il pourra clarifier et simplifier les règles

tout en diversifiant les choix des personnes dans leur démarche de réappropriation du pouvoir sur leurs vies pour se rétablir. C'est un premier élément.

L'autre élément concerne le financement nécessaire des diverses mesures, actuelles ou souhaitables. Comme les financements sont toujours largement insuffisants pour les besoins en santé mentale, le gouvernement devra mieux clarifier les estimations de besoin des principaux programmes et les sommes requises, de même que comment se répartissent les budgets entre les ministères ayant des rôles et responsabilités.

Il y a un virage majeur à prendre pour vraiment soutenir ces personnes. L'argent est un facilitateur mais l'encadrement et le support au quotidien sont aussi essentiels. Le gouvernement doit démontrer sa cohérence dans ses actions et ses choix budgétaires.

**Exemples :**

Actuellement, avec un coût de médicaments énorme à chaque mois, quand les personnes atteintes d'un trouble mental retournent sur le marché du travail, le paradoxe, c'est que souvent, les conditions de travail les appauvrissent. Car une fois au travail, elles perdent à court terme leur carte médicaments et soins dentaires, et rapidement, le coût de leur médication devient une source additionnelle de stress qui peut mener à l'abandon des médicaments, un déséquilibre et une réhospitalisation.

Il faudrait une politique ou mécanisme de transition, pouvant s'échelonner sur une longue période, pour les supporter financièrement dans la transition du retour au travail ou aux études, car devant la diversité des règles des programmes du CLE ou des programmes de formation et celles des « prêts et bourses ont des règles, c'est trop compliqué, les gens ne s'y retrouvent pas et se découragent.

Nous partons un mois en vacances durant l'été et nous, personnes saines d'esprit, ça nous prend quelques jours pour se replacer au travail. Imaginez alors une personne qui a quitté le marché du travail régulier ou les études depuis 3, 4 ou 5 ans, toute la pression et l'anxiété engendrées. Ça prend des intervenants pour les encadrer, les accompagner, des démarches adaptées à chacun.

## Fiche 5 : Orientation 2

### *Participation et soutien des familles et des proches*

Question 1 : Comment soutenir adéquatement les familles et les proches de personnes atteintes de maladie mentale? Si nous devons mettre sur pied une ou deux initiatives ou ressources pour soutenir les familles, sur quoi devrions-nous miser ? (ex. aide financière, répit, groupes de discussion et d'entraide, information sur les droits, sur la maladie mentale et sur les ressources disponibles, etc.)?

Toutes les suggestions apportées sont importantes. Cependant, elles ne s'appliquent pas à toutes les familles. C'est aux familles ou proches de choisir les initiatives ou ressources qu'elles jugeront nécessaires. Il n'y a pas de recettes universelles mais individuelles.

Globalement, les familles et proches présentent une panoplie de besoins insatisfaits pour eux-mêmes : besoin de reconnaissance, de soutien psychologique, de répit, d'information, un allègement des impacts financiers découlant de leur implication, des mesures fiscales et des mécanismes d'accès à des ressources financières additionnelles à titre d'aidant, remboursement de salaire perdu.

Par ailleurs, il est certain qu'en relevant les services à la hauteur des besoins et en ajoutant des ressources en communauté pour l'hébergement ou pour assurer un suivi adéquat des personnes atteintes, on ménagera un peu les proches.

Actuellement, le manque d'accès aux services est tel qu'il faut une situation de crise ou un recours à la P-38 pour obtenir des services. C'est là la cause première de l'épuisement des familles et des proches forcées de s'investir à répétition dans des procédures liées à l'application de droits pour soutenir leurs proches.

D'autre part, des familles dénoncent le droit de refus de traitement accordé aux malades mentaux. L'équilibre entre les droits des personnes atteintes et l'intérêt réel ou le besoin social d'aider et d'offrir un soutien, voire d'obliger un traitement, reste difficile à trouver.

Question 2 : Comment favoriser une participation plus directe des familles et des proches dans l'intérêt de l'utilisateur tout en répondant aux préoccupations soulevées sur la confidentialité et l'autonomie de la personne malade? Quels sont les principaux obstacles à la participation des familles et des proches?

Tout d'abord, il faut s'assurer que la personne accepte que sa famille soit présente dans sa réhabilitation. Il faut tenir compte de l'historique familiale car la famille est souvent un élément déclencheur ou fait partie de la problématique.

Il faut aussi obtenir la confiance de la famille. Tenter de les impliquer le plus rapidement possible mais en leur assurant tout le support nécessaire. Elle a besoin d'informations, d'être rassurée, d'avoir les vraies informations et d'être impliquée dans tout le processus. Il faut aussi reconnaître sa situation et ses limites. On lui en demande généralement beaucoup, beaucoup plus que ce qu'elle est capable de donner... et l'épuisement finit par se produire et tranquillement elle se retire du processus.

#### Notes au besoin

Car c'est un choc pour une famille de constater que leur fils a une problématique de santé mentale; elle se sent complètement démunie, coupable, rejetée, démolie. J'ai assisté il y a quelque temps à l'hospitalisation d'un jeune, première hospitalisation; il tenait des propos agressifs. Six agents de sécurité se sont jetés sur lui pour l'immobiliser devant ses parents. Imaginez comment ils se sentaient. On part de loin pour établir un lien de confiance avec la famille.

La famille a dû vivre des épisodes difficiles avant de faire les démarches pour faire hospitaliser leur fils. Et se souvenir que la vie continue pour tous les autres membres de la famille. Enfin, autre point important : rappelez-vous constamment que la honte, le déshonneur, la culpabilité qui vont avec la maladie mentale, ça touche autant la famille que la personne atteinte.

## **Fiche 6 : Orientation 4**

### *Promotion d'une bonne santé mentale et prévention des troubles mentaux Participation et soutien des familles et des proches*

**Question 1 : Par quels moyens devrait-on sensibiliser la population à une santé mentale positive?**

Il faut aider à démystifier la maladie mentale et encourager à consulter rapidement, en ayant la bonne information pour orienter des personnes et expliquer comment on traite la maladie mentale, qui est une maladie comme les autres, contrôlable et gérable lorsqu'elle est traitée correctement. Des campagnes de publicité sont nécessaires dans tous les milieux, et il vaut la peine de se servir des nouvelles technologies pour rejoindre les jeunes et les jeunes adultes, mais sans oublier les personnes âgées dont on néglige trop la santé mentale et qu'il faut soutenir et soigner face aux défis du vieillissement (perte d'autonomie, détresse, isolement, deuils successifs, maladies chroniques, risques suicidaires, etc.) . (Liens avec stigmatisation)

**Question 2 : Quelles seraient les principales actions à poser eu égard au dépistage et à l'intervention précoce en santé mentale?**

Il faut mettre l'emphase sur les jeunes, à l'enfance et à l'adolescence. Il faut favoriser des mesures de dépistage, de promotion, de prévention, des activités d'information sur les facteurs de risques auprès des premiers intervenants terrain : la famille, l'école, l'omni.... Comme on fait pour les problèmes cardio, de diabète, d'obésité, de tabagisme. Avec 20% de la population atteinte, les maladies mentales sont le parent pauvre du système de santé et de services sociaux...

À titre d'exemple d'actions qui fonctionnent, on s'est attaqué de front au problème du suicide et même s'il y a encore beaucoup de travail à faire, on a réduit de 30% en dix ans les taux de suicide.

Il faut aussi encourager les gens à consulter tôt. Le rôle des proches est important, pour sensibiliser à l'utilité de consulter et à l'avantage qu'il y a à consulter au plus tôt car lorsqu'on attend, cela pourra prolonger la souffrance et le temps de réhabilitation.

**Question 3 : Quels sont les principaux acteurs à mobiliser en promotion et prévention en santé mentale?**

Plusieurs acteurs ont un rôle à jouer dans la promotion et la prévention en santé mentale, à commencer, nous l'avons dit, par les autorités gouvernementales et celles de la santé et des services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), au premier chef, pour orchestrer une vision d'ensemble des buts et des stratégies actions à déployer puis mobiliser ressources et partenariats pour avancer et suivre les progrès.

Toute la société doit être sensibilisée : les milieux de travail (employeurs et syndicats, partout où il y en a), les écoles, les services municipaux et policiers, les associations sportives ou de loisirs, les organismes communautaires et les familles peuvent et doivent faire leur part. Parce que 20% de la population est touchée par la maladie mentale : collègues de bureau, membre de la famille, voisin, ami, personne aînée. Nous avons tous un rôle à jouer.

Cependant comme la majorité des problèmes de santé mentale apparaissent à l'adolescence (pour près de 50%) et que 75% des problèmes apparaissent avant l'âge de 22 ans, il faut mettre l'emphase sur les jeunes.

Enfin, tous les acteurs intervenants auprès des personnes âgées ont aussi un rôle à jouer : CSSS, hôpitaux et CHSLD, milieux d'hébergement privés ou non institutionnels, résidences pour aînés, organismes d'aînés, etc. Les stratégies de prévention de la santé mentale doivent prévoir des moyens de soutenir et valoriser les efforts de chacun.

**Question 4 : Quelles actions de promotion et de prévention ciblant les enfants et les jeunes devraient être posées?**

Utiliser les nouvelles technologies, le web. S'assurer la collaboration de personnalités qui rejoignent les jeunes pour des publicités ciblées. En parler dans les classes de façon concrète, parlant des divers symptômes utiles à reconnaître et aussi des services et lieux où s'adresser pour être accueilli et obtenir de l'aide, pour soi-même ou autrui. Il s'agit d'encourager l'écoute et l'empathie pour reconnaître les émotions et la souffrance psychologique puis de pouvoir accompagner et encourager si on le peut.

Progressivement, des équipes en santé mentale de première ligne se mettent en place pour offrir un continuum de soins et de services en santé mentale, dont plusieurs sont offerts dans la communauté, à l'écoute des besoins et

préoccupations des gens. Toujours dans l'optique de démystifier la maladie mentale et la mettre sur le même pied que les autres maladies.

**Question 5 : Comment inciter les employeurs à intégrer des préoccupations liées à la santé mentale dans les milieux de travail?**

Pour la CSN, alors que presque une personne sur trois qui travaillent souffre de détresse psychologique et que de plus en plus d'individus vivent des situations difficiles dans les milieux de travail (mauvaise organisation du travail, accélération des changements technologiques, lourdeur de la tâche, d'autres facteurs encore), il y a urgence d'agir en milieu de travail.

L'insécurité d'emploi et la précarité contractuelle sont associées de façon importante à la détresse psychologique, particulièrement chez les femmes. C'est aussi le cas d'une exposition à une demande psychologique élevée, surtout en l'absence de latitude décisionnelle ou de soutien au travail, ou lorsque les travailleurs n'ont pas les moyens de faire un travail de qualité ou sont victimes de harcèlement psychologique. (enquête eqcotesst traitant de santé mentale au travail)

Évidemment, les campagnes de sensibilisation des employeurs aux facteurs de risque organisationnels et aux avantages de favoriser la santé psychologique au travail sont incontournables, particulièrement dans un contexte mondial de compétitivité et de performance où les emplois de mauvaise qualité sont en expansion, de plus en plus pénibles et précaires.

Il faut mettre l'accent sur les coûts associés et sur la plus value de prendre soin de nos employé(e)s. La main d'œuvre étant de plus en plus rare, il faut souligner la nécessité de bien la traiter.

**Notes au besoin ;**

En santé mentale au travail, depuis 2003, la CSN a un plan de travail pour outiller ses syndicats. Trois champs d'actions sont suggérés pour (1) prévenir les facteurs de risque organisationnels par l'élimination du danger à la source, (2) encourager le soutien aux membres par les réseaux d'entraide et les programmes d'aide aux employé-es (PAE) et (3) assurer la défense des droits des personnes atteintes lors de l'indemnisation et du retour au travail.

La CSN dressera en juin prochain le bilan des efforts syndicaux visant la santé mentale au travail puis elle formulera des recommandations pour faire reconnaître l'importance et les enjeux du travail syndical et du soutien qu'il mérite pour traquer et éliminer les facteurs de risque organisationnels et implanter davantage les facteurs



de protection de la santé mentale au travail (l'entraide, l'autonomie décisionnelle, etc.).

Dans le quotidien des entreprises cependant, la partie est loin d'être gagnée. Plus souvent qu'autrement, le milieu de travail et les pressions qu'il fait sur les personnes salariées accentuent les problématiques de santé mentale. Lorsque tu tombes malade alors là t'es dans la merde : pression pour retour au travail le plus vite possible. Harcèlement au quotidien etc.... Les coûts de l'assurance salaire dans les entreprises font que ces dernières mettent énormément de pression pour un retour au travail rapide, qui se fait trop souvent au détriment de la personne avec, au final, à court terme généralement, un retour en absence maladie pour une plus longue période. C'est la réalité au privé comme au public. Ça n'a pas de logique de traiter ainsi des employés en détresse psychologique et pourtant c'est toujours le même manège. Un bras cassé, c'est 2 mois d'absence. Un infarctus, c'est 6 mois. Une dépression, une psychose, c'est le plus vite possible. Le pire, c'est que c'est la réalité.

Tous les employeurs doivent être sensibilisés aux conséquences désastreuses des divers facteurs de risque présents dans l'organisation, celles-ci allant des réactions physiques, psychologiques et comportementales des personnes aux risques tels que la surcharge de travail, le stress, l'absence de marge de manœuvre, etc.- , jusqu'aux maladies réversibles puis aux atteintes irréversibles si rien n'est modifié dans l'organisation du travail ou la gestion des absences du travail, pour soit disant réduire les coûts.

À terme, l'implication des employés aux orientations de l'entreprise, de bonnes conditions de travail et un milieu de travail respectueux et à l'écoute de ses employés, c'est gagnant. Il y a donc un énorme travail à faire pour changer les mentalités et les manières de faire.

## **Fiche 7 : Orientation 5**

### *Consolidation et accessibilité des soins et des services de 1re ligne en santé mentale*

Question 1 : Quel est l'enjeu prioritaire en première ligne par rapport aux soins et services en santé mentale?

Le développement d'un continuum complet de soins et de services de santé mentale dans la communauté et l'implantation de nouveaux modes de collaboration entre les divers niveaux d'intervention et les nombreux professionnels concernés sont des enjeux majeurs pour accroître l'accessibilité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et cesser de les abandonner ou les obliger à se tourner vers les urgences des hôpitaux pour n'y recevoir, après une attente considérable, qu'un fragment de l'attention et du suivi médical et social que requiert leur condition.

Il faut reconnaître que le MSSS a mis l'emphase correctement dans son plan 2005-2010 sur l'importance des ressources de première ligne. C'est dans l'opérationnalisation que ça s'est mal fait. L'argent a été transféré, mais pas les ressources. Les CSSS ont dû embaucher des nouvelles ressources inexpérimentées pour composer les équipes locales responsables des guichets d'accès aux services. Les omni n'ont pas été informés correctement et le travail auprès de cette clientèle n'est pas payant pour eux. En conséquence, les listes d'attente pour les psychiatres sont énormes. La fonction de psychiatre répondant qui est une bonne formule n'est pas appliquée d'une part parce que peu de psychiatres sont disponibles, d'autre part parce que les omni les utilisent peu. Une sorte de cercle vicieux...En 2012, ça n'a pas d'allure.

Pour cela, la concertation entre les acteurs est une clé essentielle. Ceci demande de dénouer les impasses et divergences entre ces acteurs et aussi de surmonter leurs déceptions répétées pour espérer les remobiliser et en faire des partenaires d'un même changement.

Selon nous, le soutien aux intervenants de la première ligne s'impose pour les médecins de famille et les divers professionnels compétents (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, ergothérapeutes, etc). Il faut valoriser leur pratique, soutenir le développement des compétences de chacun et évoluer vers un travail en équipe interdisciplinaire, outillée pour faciliter la circulation d'information entre les intervenants et établissements, cliniques ou organismes œuvrant en santé mentale.

En outre, il faut aussi réunir un ensemble de conditions de succès comme un financement à la hauteur des besoins, des rôles clarifiés, une valorisation des changements avec les psychiatres répondeurs, une gestion plus participative pour les usagers et le personnel, un leadership souple, de la formation et du soutien au fonctionnement en interdisciplinarité et enfin, une sacrée dose de patience.

**Question 2 : Quelles actions principales devrait-on mettre en œuvre à cet égard i.e. par soins et services de première ligne en santé mentale?**

La maladie mentale étant une maladie du cerveau et des émotions, l'approche médicale et pharmacologique s'impose d'abord pour stabiliser mais par la suite, on doit miser sur des équipes de travail dont l'expertise se situe au niveau de la réadaptation (éducateur, ergo, psychologue et T.S.)

En première ligne, nous l'avons dit l'opérationnalisation du PASM doit être complétée. Les équipes locales responsables des guichets d'accès aux services des CSSS sont incomplètes, encore peu expérimentées et déjà surchargées, les intervenants ne traitant que les urgences et les crises pour éteindre les feux, sans pouvoir faire plus. C'est déplorable et frustrant pour les usagers comme pour les intervenants qui pourraient faire beaucoup plus. En regard du partage des soins entre les omni et les psychiatres, il reste du travail à faire pour apporter des incitatifs aux omnis et motiver des psychiatres à jouer leur rôle de répondant.

Il faut mieux soutenir la première ligne, y favoriser l'accès public à la psychothérapie.

La venue d'équipes de réadaptation pour assurer la transition entre la première ligne et les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes serait une priorité. Ces équipes travailleraient dans l'institution et dans la communauté et offriraient l'encadrement nécessaire à chacun, selon les besoins évalués. On doit également revoir l'organisation du travail et y impliquer les personnes salariées. On demande beaucoup trop aux organismes communautaires.

La vision CSN c'est de persévérer à développer un continuum complet de soins et de services de santé mentale dans la communauté, en mettant au point et en soutenant de nouveaux modes de collaboration interdisciplinaire rassemblant les nombreux professionnels offrant des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

La disponibilité régulière d'un portrait des diverses clientèles de santé mentale que le réseau public s'engage à desservir, à l'échelle locale ou régionale, aiderait considérablement à suivre l'évolution de la demande (les besoins) et de l'offre des services, incluant ceux destinés aux personnes âgées. Les engagements gouvernementaux à l'effet d'inviter une large participation des usagers et des communautés demandent un minimum d'outil pour informer et partager sur les défis et progrès.

**Question 3 : Quels sont les principaux obstacles au travail en interdisciplinarité et au bon fonctionnement des équipes en santé mentale? Quels sont les facteurs de réussite?**

Les obstacles sont nombreux : l'organisation du travail, les nombreuses réunions administratives, les changements fréquents de directives, la méconnaissance du travail de l'autre, le manque d'informations, la surcharge, le manque de main d'œuvre, les moyens de communication désuets par rapport à la technologie disponible, l'accès au dossier patient par tous est important, la lourdeur de la tâche, la difficulté de se libérer de ses nombreuses obligations.

Il faut améliorer tous ces aspects, fournir de la formation. On doit clarifier et reconnaître les zones grises au niveau des interventions de chacun et bien définir la philosophie de soins avec des gens expérimentés qui assurent le maintien des objectifs de soins et le soutien aux intervenants (tutorat aux jeunes praticiens).

**Question 4 : Quels sont les principaux obstacles et les conditions facilitant l'implantation de nouvelles pratiques en première ligne en santé mentale? Comment soutenir et faciliter leur implantation?**

La persistance des divergences et clivages entre les acteurs et une mauvaise gestion des changements sont en cause. La nouvelle approche des soins partagés en collaboration au rétablissement du patient et le modèle médical de prise en charge du patient sont deux modèles qui s'opposent et qu'il faut réconcilier. Ils devraient être complémentaires mais c'est loin d'être le cas. C'est un changement majeur dans la manière de traiter, où l'utilisateur avec un proche est la personne qui décide.

Le principe est excellent mais dans la vie de tous les jours, on est loin de sa réalisation. Les intervenants ne font qu'éteindre les feux, sans temps suffisant pour accompagner la réadaptation des usagers, ce qui amène, tôt ou tard, des désorganisations.

## **Fiche 8 : Orientation 6**

### *Diversification et adaptation de l'offre de services aux besoins*

**Question 1 : Actuellement, quels sont les principaux obstacles à une réponse aux besoins qui tiennent compte de la réalité globale des usagers en santé mentale? Comment y remédier?**

Plusieurs obstacles ont été déjà signalés : manque de personnel, difficulté de faire évoluer l'organisation du travail, manque de ressources et de milieux de vie dans la communauté qui répondent aux besoins de la clientèle.

La clientèle est de plus en plus jeune, associée à une consommation de drogues et plus scolarisée, or il n'y a pas de ressources pour cette clientèle dans la communauté. Il faut innover, oser faire autrement. Par exemple, créer des « maisons de jeunes » où pourrait se retrouver cette clientèle pour un lieu de rencontre, d'échanges, de soutien, d'entraide, un milieu transitoire sous la supervision d'intervenants spécialisés. Les AA ont leur groupe, pourquoi pas en santé mentale ?

Ainsi, pour soutenir le rétablissement, on a besoin de programmes d'insertion au travail dans des entreprises, de programmes de soutien et d'encouragement aux études, de ressources adaptées à la nouvelle clientèle et avec sa nouvelle réalité (consommation),

Les équipes d'intervention rapide pour la clientèle en détresse ne suffisent pas. Présentement on l'envoie faire la file à l'urgence et comme elle ne saigne pas, elle passe des heures à attendre, se décourage et part sans être traitée. Quelques jours plus tard, une réhospitalisation sera nécessaire.

**Question 2 : Étant donné que la psychothérapie a fait ses preuves, notamment dans le traitement des troubles communs (ou courants) de santé mentale, quelles avenues devraient être adoptées pour rendre la psychothérapie davantage accessible (accès financier ou attente dans le secteur public) aux citoyens québécois?**

La psychothérapie doit être considérée comme un traitement, au même titre que la pharmacothérapie, puisqu'elle a comme objectif la réduction voire l'élimination des symptômes. En conséquence, il faut en élargir l'accès dans le système public et créer des conditions propices pour attirer et rémunérer adéquatement de nouveaux psychologues et autres professionnels autorisés à

pratiquer la psychothérapie, en sus des médecins et autres salariés qui l'offrent déjà aux usagers, sur prescription médicale.

Dans le contexte de l'implantation de la Loi 21 venant notamment encadrer l'exercice de la psychothérapie, il faut assurer un accès gratuit universel à une couverture publique de la psychothérapie qui soit à la hauteur des besoins.

Actuellement, la psychothérapie est surtout offerte en privé et seuls les gens assez fortunés, assurés ou éligibles aux critères de tiers payeurs comme la CSST, IVAC, les programmes d'aide aux employés y ont accès, parfois avec des limites quant au nombre de séances remboursées. C'est inéquitable et contraire aux principes de l'assurance-maladie fondés sur un accès selon le besoin et non les moyens. Peut-on envisager de rendre la psychothérapie plus accessible en modifiant le système obligatoire de référence médicale par un système de référence davantage interdisciplinaire, comme une équipe SM d'un CSSS ?

**Question 3 : Comment encourager l'émergence de pratiques innovantes permettant une meilleure réponse aux besoins?**

**La nouvelle approche des soins de collaboration au rétablissement du patient** (prônée par le Plan d'action SM), qui mise sur son empowerment (une ré-appropriation du pouvoir sur sa vie, avec un projet de vie) s'avère une pratique appréciée qu'il faut implanter dans tout le réseau. Cependant cette approche de rétablissement fonctionne à condition que toutes les ressources nécessaires soient en place pour soutenir le patient, incluant sa participation réelle aux décisions sur les façons d'organiser services ou activités.

Nous avons de très bons programmes pour aider cette clientèle, disent les intervenants, mais nous n'avons pas les ressources nécessaires comme d'autres intervenants spécialisés (éducateurs, ergo, travailleurs sociaux) et pour chacun, du temps pour écouter, accompagner, encadrer puis planifier un suivi. Dans la communauté, dans les CSSS, dès qu'un client est stable, on ferme le dossier. S'il a ensuite besoin de soins ou de services, il devra refaire une demande et là, il se retrouve sur une liste d'attente où il a tout le temps de se désorganiser. Donc, il faut cesser de fermer les dossiers trop rapidement.

L'avenue de la formation des intervenants est nécessaire, la CSN en convient. Cependant dans le contexte de l'implantation de la Loi 21- qui n'en finit plus d'être retardée, alors que le personnel est en surcharge de travail pour répondre aux importants besoins des diverses clientèles, il y a urgence de

reconnaître les compétences de toutes les personnes au travail et de rassurer chacune qu'elle pourra continuer d'offrir une contribution valorisée.

**Notes complémentaires :**

Instaurer un contexte de travail qui encourage et soutient l'innovation, la créativité et la recherche, dans lequel du temps de réflexion, de lecture et d'échange est alloué aux professionnels, à l'intérieur de leur travail et où il y a une réelle reconnaissance de la contribution de chacun. Ce serait un changement majeur vers une organisation orientée davantage vers des normes qualitatives plutôt que sur une norme de performance exclusivement quantitative, reposant sur le nombre d'entrevues réalisées.

Organiser des séminaires pour connaître ce qui se fait dans d'autres cliniques, dans d'autres pays, avec la participation de chercheurs invités, pour partager et discuter des nouvelles connaissances sur les pratiques...

Prendre du temps pour connaître les attentes de la clientèle en organisant des sondages ou des focus groupes (pas seulement pour évaluer l'appréciation des services);

Étudier le mode de vie réel de notre clientèle, selon la problématique, pour imaginer et développer des services qui tenteront de combler les manques au niveau du travail, des loisirs, de la détente, du transport.

Pour permettre l'émergence de pratiques innovantes, il faut une organisation qui permette aux personnes d'avoir le temps et les ressources pour les penser, les peaufiner et les réaliser.

**Question 4 : Quelle avenue favoriser pour le développement d'une offre de services qui réponde aux besoins des communautés (notamment les communautés autochtones ou celles issues de l'immigration)? À cet effet, auriez-vous des exemples de réussites à partager avec notre équipe?**

Pour être au diapason des besoins d'une communauté culturelle spécifique, la formation d'intervenants parmi les membres de cette communauté est indispensable, pour accéder aux codes et aux approches qui permettront de développer d'abord une bonne compréhension des problèmes, obstacles, contraintes et opportunités qui sont les leurs pour ensuite imaginer comment intervenir et accompagner.

À plus forte raison lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de personnes atteintes de problèmes mentaux, avec toute la gamme d'émotions de honte, de culpabilité ou d'impuissance susceptibles d'étouffer ou de colorer l'expression

ou d'embrouiller l'identité des personnes ou des familles et même l'appartenance à une communauté.

#### Notes au besoin autochtones

Dans la foulée des recommandations du Plan directeur pour la santé des Autochtones 2005-2015 et du Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits, une récente étude en quête d'un modèle organisationnel adapté s'ouvre sur cette citation :

« Nous devons comprendre que les enjeux de santé mentale et de dépendance sont les effets résiduels de la même histoire collective de plusieurs peuples des Premières Nations. Ils sont véritablement la même maladie. Ils coexistent en nous, deux effets d'un même ensemble de causes. Les taux élevés de co-morbidité, supérieurs à 80 pour cent, le démontrent.

Tous ces symptômes, y compris les comportements de violence et d'abus, sont des symptômes connexes de la souffrance de bon nombre des nôtres, causée par l'expérience des pensionnats et du colonialisme.

Nous devons cesser de les percevoir comme deux secteurs de "programme" et les aborder comme un ensemble de résultats interreliés provenant des mêmes sources. Nous devons adopter une démarche intégrée, plus centrée sur le patient. »

Robin Decontie, Directrice – Services sociaux et de santé Première Nation algonquine Kitigan Zibi

Cette recherche met en lumière qu'il est impossible d'offrir, dans le contexte actuel de dispensation des services, une gamme de services en santé mentale similaire à celle offerte aux autres Québécois, dans toutes les communautés des Premières Nations du Québec. En ce sens, le développement d'un modèle d'organisation de services en santé mentale bien structuré, adapté aux besoins des communautés et axé sur les problématiques les plus importantes est vital pour viser des résultats majeurs, durables et accessibles à toutes les communautés des Premières Nations du Québec.

Bien que plusieurs problématiques liées à la santé mentale ont été soulevées, l'abus de substances avec ou sans comorbidité apparaît être au cœur des préoccupations des intervenants et des personnes des Premières Nations. Les participants soulignent que ce problème affecte non seulement les individus, mais également l'ensemble des communautés et que, en ce sens, il devrait être priorisé afin d'améliorer tant le mieux-être mental des individus que le fonctionnement des communautés.

De façon générale, cette recherche a démontré que peu de services spécialisés étaient disponibles actuellement dans les communautés, notamment ceux pour les personnes



dont les symptômes sont les plus graves, dont l'état nécessite une hospitalisation ou qui ont des problèmes aigus.

## Fiche 9 : Orientation 7

### *Continuité, intégration et coordination des services*

Question 1 : Quelle est selon vous l'avenue la plus prometteuse pour une réponse adéquate aux besoins des personnes présentant un trouble mental et des problèmes d'abus de substances?

C'est une question importante vue les limites et même l'échec des traitements conventionnels. Nous sommes au défi de faire différemment et de traiter en même temps la problématique psychiatrique et la toxicomanie par la même équipe de travail (traitante).

Stabilisation de la santé mentale, travail sur la dépendance, développement de saines habitudes de vie, apprentissage des habiletés pour vivre en appartement. Identification d'un projet de vie et mise en place d'un plan d'action pour sa réalisation. À la sortie, encadrement et suivi au quotidien allant en s'estompant. Ça commande également un partenariat très strict avec les organismes de la communauté par la suite. C'est l'avenue la plus prometteuse,

Exemples :

Programme mosaïque

Centre de réadaptation en dépendances Le Virage est en avance sur les services. Ils se font solliciter beaucoup.

Programme Mosaïque. Auprès de la clientèle en SM qui fréquente les CSSS en collaboration avec Pierre Boucher (dont fait partie CSSS).

5 actions prioritaires :

- 1) Co-animation en groupe pour les clients psychotiques. Clientèle psychotique suivie en CH (internes et externes). Intervention clinique.
- 2) Professionnels du CRD qui soutiennent cliniquement les intervenants-es du CSSS (mentorat, formation, soutien, supervision).
- 3) Inverse également
- 4) Clientèle Longueuil a une forte population avec trouble de personnalité limite. Un psychologue spécialisé en TP assiste aux rencontres cliniques des intervenants-es Virage pour mettre en commun. Forme de supervision.
- 5) Un psychiatre du CH évalue les clients de Virage aux trois semaines.

Ce sont les intervenants-es qui ont discuté avec les autres intervenants-es du réseau pour mettre en contact les uns avec les autres. En tout temps, il y a des interventions intégrées dans lesquelles les intervenants-es s'entendent sur les objectifs thérapeutiques et plan d'intervention commun.

Le programme Mosaïque est devenu un programme officiel il y a deux mois de cela. Apparemment, ils gagnent des prix avec cette innovation. Youppi !! Sont bons, bons, bons J

### **CORRIDOR DE SERVICES**

De plus, il existe un corridor de service entre Charles Lemoyne et les services internes à St-Hubert. Une infirmière de liaison de Virage qui rencontre les clients qui semblent présentés une problématique de toxico lors de leur séjour à l'urgence. Elle est toujours sur les lieux (CH). Elle est payée par Virage. Ensuite, elle fait le pont avec les intervenants-es en résidence. Elle accompagne les clients aux services internes, donc établie bien le continuum de service.

**Question 2 : Comment favoriser une bonne transition entre les services jeunesse et les services adultes en santé mentale?**

Une période charnière est le passage du jeune de pédopsychiatrie à psychiatrie. Le changement d'intervenant, le manque de suivi, le retour sur la liste d'attente...très nocif pour le patient.

Présentement, il y a un vide qui se passe quand une jeune personne a 18 ans. Le transfert des données et le suivi vers les centres pour adultes ne se fait pas. L'institution qui sait qu'elle recevra une jeune « adulte » dans les prochains mois, devrait être impliquée plus tôt dans le processus de soins pour faciliter la transition. Il faut penser à mettre en place des structures d'accueil pour accompagner cette période charnière du passage d'une personne « jeune » de la pédopsychiatrie à la psychiatrie : le changement d'intervenant, l'interruption du suivi, le risque de retour sur une liste d'attente, tout cela est très nocif pour une personne vulnérable.

Mettre en place une véritable trajectoire entre la psychiatrie de l'enfance, de l'adolescence et la psychiatrie de l'adulte.

#### **Note au besoin :**

Impression que les suivis en adulte en clinique externe par exemple n'ont pas les critères de sévérité équivalents à ceux que nous avons en adolescence. J'entend souvent : pas de suivi p.c.que pas assez sévère ou dysfonctionnel pour la clinique adulte. Il y a une tranche de soins qui paraît manquante pour les jeunes adultes.

Question 3 : Quels sont les meilleurs moyens d'assurer une coordination des soins chez les personnes présentant une comorbidité (santé mentale et santé physique)?

Santé mentale et maladie chronique : le même problème se pose dans les transferts de soins dans les cliniques adultes. Il y a aussi manque de formation par rapport aux particularités des maladies physiques comme diabète. Les intervenants devraient pouvoir consulter des cliniques spécialisées de 3<sup>ème</sup> ligne (plus proche idéalement des données récentes de la recherche clinique), qui devraient agir comme agents de formation continue

## Fiche 10 : Orientation 8

### *Amélioration continue des pratiques*

Question 1 : Concernant la formation en santé mentale des intervenants, que sont les principaux aspects à modifier (intensité de la formation, mises à jour plus fréquentes, formation pour une compréhension commune d'éléments tels que les droits, la dangerosité, l'utilisation de procédure d'exception, etc.)?

La formation et les mises à jour sont très importantes : l'actualisation de l'expertise et le rehaussement des compétences doivent être organisées sur un mode continu.

S'assurer que le transfert des connaissances, de l'expertise des institutions soit fait aux intervenants du réseau. Insister sur la collaboration interprofessionnelle, sur l'apport significatif des intervenants du réseau de la santé.

Question 2 : Comment être plus efficaces en termes d'évaluation de la performance en santé mentale? De nouveaux champs d'intérêt et outils sont-ils à développer en la matière? Si oui, lesquels?

C'est évident qu'il faut évaluer le résultat de nos actions pour nous permettre de corriger le tir si nécessaire.

Cependant, il faut d'abord convenir d'un cadre d'évaluation, des objectifs visés, des attentes exprimées par les usagers et des meilleurs indicateurs à utiliser, incluant aussi des effets indésirables qu'on voudra réduire ou éviter (abandons de traitement, retour dans les 10 jours, etc.). La présentation des résultats et leur discussion publique doit faire partie du processus, de même que l'amélioration des outils.

Sortir 12 clients en une semaine d'une unité d'admissions en psychiatrie active (situation qui s'est présentée dernièrement) parce que la pression est forte aux urgences et qu'il nous faut faire de la place, ce n'est pas de la performance, au contraire. Donc prudence et vigilances dans les évaluations.

Question 3 : Comment impliquer davantage les usagers et leurs proches dans la réflexion sur les bonnes pratiques, leur implantation, et dans la formation des intervenants?

Enfin, en regard de l'augmentation et de la diversification des modes de consultation et de participation des usagers, la CSN dit oui, en autant que les processus soient clairs, accessibles et bien soutenus pour encourager la participation et démontrer une réelle influence pour adapter les services aux besoins et préférences exprimées.

Note au besoin ;

Les faire participer aux différents comités. La vision des proches des usagers est aussi très importante pour guider nos réflexions et nos interventions quotidiennes

Question 4 : Comment s'assurer que les connaissances produites dans le monde de la recherche soient intégrées dans les pratiques et considérées dans la prise de décision en santé mentale?

Il faut mieux diffuser, discuter et valoriser les nouvelles connaissances sur les pratiques en santé mentale. C'est un travail de vulgarisation qui s'organise, pour rejoindre des publics larges ou ciblés, selon les sujets traités, pour stimuler les échanges, découvrir, rapprocher des milieux, éclairer des questions et aussi, prendre des décisions pour adopter une innovation, l'examiner davantage ou en permettre l'essai lorsque des milieux pourraient en bénéficier.

Recréer l'activité « Carrefours Innovation » initiée par le ministère sous la supervision des agences il y a quelques années. Des intervenants provenant de tous les milieux de la santé étaient invités à présenter leurs initiatives, leurs nouvelles approches et les résultats.

S'assurer du transfert de l'expertise sur le plancher.