



**Document présenté par  
l'Ordre des psychologues du Québec**

à la

**Direction de la santé mentale du Québec**

dans la foulée du

**Forum national sur le plan d'action en santé mentale  
2014-2020**

**Janvier 2014**

## Avant-propos

Le présent document fait suite à l'invitation du directeur de la santé mentale, le Dr André Delorme, à participer au Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020 (PASM), forum présidé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Réjean Hébert, et qui s'est tenu le 28 janvier dernier.

Dans un premier temps, nous tenons à vous remercier de cette opportunité que vous nous donnez de contribuer à la réflexion sur les services à offrir aux personnes qui sont touchées de près ou de loin par des problèmes de santé mentale. Nous souhaitons faire état de nos réactions, commentaires et suggestions à la lecture du document qui a été soumis pour consultation et dans la foulée du forum.

Nous considérons important de vous faire parvenir ce document écrit dans la mesure où la formule du forum ne permettait pas de rendre compte avec clarté et nuances de tous les points que nous voulons porter à votre attention. Par ailleurs, notre propos s'appuie sur la consultation que nous avons préalablement menée auprès de psychologues impliqués de près ou de loin dans le réseau de la santé. Vous constaterez que nous n'avons pas réponse à toutes les questions que vous posez, mais nous croyons tout de même pouvoir contribuer positivement à votre réflexion.

Nous sommes conscients que le document soumis pour consultation n'est pas le PASM 2014-2020 et que tout ne s'y trouve pas, mais il serait hasardeux de présumer de ce qui s'y trouvera et nous souhaitons souligner ce qu'il nous apparaîtrait important d'y mettre.

Un petit mot maintenant sur l'organisation et la présentation du présent document. Le texte est découpé de la même façon que l'est le document de consultation et il présente les cinq (5) sections suivantes :

- Les principes directeurs
- A - Le plein exercice de la citoyenneté
- B - La détection et l'intervention précoce chez les jeunes
- C - La gamme de services en santé mentale
- D - Les pratiques organisationnelles et cliniques

Chacune de ces sections commence par une énumération de brefs énoncés écrits en caractères gras et qui font état de manière schématique de nos réactions, commentaires ou suggestions. Ces brefs énoncés, pour les quatre (4) dernières sections, sont les réponses aux questions que vous posez, questions retranscrites dans ce document. Par la suite, pour chacune des sections, nous développerons le propos en soutien aux énoncés d'abord présentés.

## Les principes directeurs

Bien que le document de consultation ne pose pas de questions sur le contenu de cette section, nous souhaitons y réagir puisqu'il s'y trouve d'importantes considérations.

### Les soins de collaboration

- **Pour de meilleurs soins de collaboration,**
  - **développer les fonctions « pivot » et « liaison » afin d'assurer le décroisement et les pratiques collaboratives au sein du réseau,**
  - **offrir des soins intégrés aux personnes qui présentent des troubles concomitants (comorbidité).**

Il est fait mention de l'importance de briser les cloisons entre les programmes-services et de favoriser les pratiques collaboratives. En raison de la concomitance qui existe entre les troubles de santé mentale et les problématiques de dépendance, il est impératif d'offrir des traitements intégrés qui sauront répondre aux besoins complexes de la personne pour mieux la soutenir dans son processus de rétablissement. On y reviendra plus loin.

### La performance

- **Pour améliorer la performance,**
  - **doter le réseau d'indicateurs simples, concrets et universels permettant la mesure des services mis en place, et ce, sur les plans qualitatif et quantitatif,**
  - **doter les intervenants d'outils de mesure permettant d'évaluer l'efficacité réelle de leurs interventions.**

Afin de rencontrer les meilleurs standards de performance, le document de consultation précise : « Une telle progression passe d'abord par l'instauration d'une véritable culture de la mesure et de l'évaluation des services. » Nous ne pouvons ici que nous réjouir de cette orientation et nous y reviendrons lorsqu'il sera question de la gamme de services en santé mentale.

### L'amélioration continue

- **Étendre le concept d'amélioration continue pour qu'il implique la formation continue des intervenants et professionnels.**

On ne trouve que quelques lignes sur cette question fort importante par ailleurs, question qui n'est abordée que sous l'angle de l'amélioration des services. On passe sous silence la question des compétences des différents professionnels et autres intervenants à maintenir et à développer. Nous ne croyons pas que les politiques actuelles du MSSS en matière de formation continue, découlant notamment de la « loi 100 », favorisent le maintien et le développement des compétences, ni par ailleurs la rétention du personnel qui y travaille. Nous y reviendrons lorsqu'il sera question de la supervision et du soutien clinique.

## Section A : Le plein exercice de la citoyenneté

*Les thèmes et enjeux abordés traduisent-ils les réalités rencontrées?*

Oui, sous toutes réserves, mais ce que présente le document de consultation n'est qu'un énoncé qui ne permet pas de saisir les causes des problématiques soulevées ni, par conséquent, d'entrevoir concrètement comment on devrait s'y prendre pour atteindre les objectifs. Il faudra attendre le PASM 2014-2020 pour évaluer les mesures concrètes que l'on compte prendre.

*Des particularités complémentaires devraient-elles être énoncées? Des éléments devraient être ajoutés ou retirés?*

- Favoriser la collaboration avec les organismes communautaires et reconnaître leur expertise ne signifie pas de les utiliser comme « déversoir », ce qui arrive quand on y oriente la clientèle qui n'entre pas dans les services offerts par le réseau de la santé en raison notamment de critères trop rigides.
- L'intégration des organismes communautaires doit impliquer leur imputabilité devant le réseau de santé public.
- Les intervenants qui œuvrent dans les organismes communautaires doivent répondre aux exigences de formation et de compétences que requièrent les mandats qui leur sont confiés et la clientèle qui se présente à eux.
- Donner aux usagers, à leurs proches et à leur famille leur juste place en s'assurant de
  - ne pas les exploiter comme ressource palliative;
  - ne pas les mettre en situation de se substituer aux professionnels (notamment dans l'élaboration du plan de traitement);
  - leur offrir tout le soutien et le répit dont ils ont besoin.
- Inscrire la participation des usagers, de leurs proches et de leur famille dans un engagement revêtant un certain caractère formel ou contractuel déterminant des conditions à cette participation et les responsabilisant.
- Développer des ressources intermédiaires pour les CRDI desservant notamment la clientèle présentant des troubles mentaux et/ou des troubles graves du comportement, ajuster les moyens (financiers) aux besoins.
- Tenir compte des besoins très particuliers des adultes qui présentent une déficience intellectuelle ou encore un trouble du spectre de l'autisme dans le développement de ressources résidentielles.
- Dans l'élaboration des ententes MÉLS-MSSSS, tenir compte des mandats différents et spécifiques des psychologues qui œuvrent dans le réseau de la santé et ceux qui œuvrent dans le réseau de l'éducation; les uns sont complémentaires aux autres et ils ne sont pas interchangeables.
- Faire une étude pour identifier les raisons qui rendent difficile l'intégration à l'emploi de personnes atteintes de troubles mentaux (incluant le TED ou TSA).

Tenir compte de la portée handicapante de telles conditions et départager ce qui est de l'ordre du faisable et ce qui est de l'ordre des vœux pieux.

*Comment favoriser l'implantation et le maintien de soins et de services axés sur le rétablissement en santé mentale?*

- Donner la parole aux intervenants et aux professionnels sur le terrain afin qu'ils se sentent entendus et interpellés par ce que l'on veut mettre en place, dit autrement, s'occuper aussi de ceux qui soignent, de leurs besoins et intérêts, voir au maintien et au développement de leurs compétences (revoir les incohérences réglementaires à cet égard), leur faire une place réelle, leur donner les outils dont ils ont besoin.

*Quelles actions structurantes pourraient être présentées au PASM 2014-2020 afin d'entraîner des changements concrets quant aux actions intersectorielles favorisant l'accès et le maintien aux ressources résidentielles adéquates, l'intégration ou la réinsertion socioprofessionnelle, l'accès et le maintien en emploi et le soutien aux études?*

- Miser sur la fonction « liaison » prévue par le PASM 2004-2010, mais dont le document de consultation ne fait pas état.
- Créer des accès réels ou des portes d'entrée de type « fast-track » pour le transit de la clientèle qui s'est déjà présentée à un point de service quelconque dans un des réseaux ou même hors du réseau (organismes communautaires, professionnels en pratique privée...) et qui nécessite des services ailleurs, et ce, sous forme d'ententes de services qui engagent plus d'un organisme ou établissements ou sous toutes autres formes (généraliser le recours au plan de service intégré intersectoriel?).

*Comment faire du réseau de la santé et des services sociaux un employeur exemplaire en matière de santé mentale au travail et d'intégration des personnes atteintes des troubles mentaux?*

- Sensibiliser le personnel affecté aux « services de santé », bonifier les pratiques pour éviter notamment les approches tatillonnes (ex. demander expertise et contre-expertise pour une dépression).
- Intégrer des cliniciens aux « services de santé », que ces services ne soient pas gérés que par du personnel « clérical ».
- Revoir l'offre de services des PAE en matière d'accessibilité et la bonifier (offrir plus que quelques séances seulement, donner accès à la psychothérapie...).
- Reconnaître les capacités et les limites des employés qui ont un problème de santé mentale et les affecter dans des postes qui en tiennent compte.
- Valoriser le travail des employés, reconnaître la lourdeur des mandats, offrir du soutien à ceux qui, par exemple, sont confrontés à la violence ou à l'impuissance, leur donner une emprise, favoriser l'autonomie professionnelle.

---

Dans cette portion du document de consultation, on fait place, à juste titre, à la fois aux organismes communautaires et à la participation des usagers, de leurs proches et de leur famille. Il va de soi que tous sont des acteurs-clés.

Les organismes communautaires ont certainement leur place, mais ils ont une place autre et l'on ne devrait pas compter sur eux pour se désengager ou pallier l'absence de services qui doivent être rendus dans le réseau de la santé. Par ailleurs, l'on doit s'assurer que les intervenants communautaires ont les compétences requises pour répondre des mandats que leur confie le réseau de la santé. Il faut aussi que le personnel du réseau de la santé ait cette assurance de compétence pour que puisse se créer une réelle relation de confiance, gage de la meilleure des collaborations.

En ce qui a trait aux usagers, à leurs proches et à leur famille, il est clair qu'on ne peut offrir des services envers et contre eux. Encore ici, on ne doit pas miser sur les aidants dits naturels ou sur les « pairs-aidants » comme ressources palliatives exploitables. Tous cependant doivent être partie prenante, mais il revient aux intervenants et aux professionnels de faire valoir leur expertise particulière dans la planification, l'organisation et la prestation de services et de mettre en perspective les demandes des clients et des proches. Il faut ici aller au-delà d'un discours inclusif politiquement correct et donner à chacun sa juste place. L'on ne doit pas perdre de vue que si l'on a recours à des professionnels et à des intervenants dûment formés, c'est qu'il y a là un nécessaire exercice de compétences dont ne disposent pas les usagers et les proches qui, plus est, sont certainement moins capables de la distance affective requise à l'exercice fondamental du jugement qualifié à juste titre de professionnel.

Répetons-le, on ne peut que souscrire à ce discours d'intégration des « pairs-aidants » à la prestation de services, mais on oublie trop souvent que la prestation de services doit aussi inclure des services pour ces « pairs-aidants ». Si l'on veut compter sur eux, il faut aussi pouvoir les soutenir adéquatement. On a ici le contre-exemple du manque de ressources allouées au répit des familles qui ont à leur charge des enfants jeunes et moins jeunes qui présentent un TED (ou un TSA).

### **Des services résidentiels qui répondent aux besoins des personnes**

Il y aurait lieu de penser au développement des ressources intermédiaires en CRDI considérant l'importance d'offrir des services résidentiels qui correspondent aux besoins des adultes aux prises avec des handicaps intellectuels lourds, des troubles graves du comportement ou un TED (ou TSA). Or, les médias ont fait état il y a quelques jours à peine de baisses de revenus importantes notamment pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RTF), baisses qui seraient attribuables à la signature de nouvelles ententes avec le gouvernement au cours des derniers mois. Si tel est le cas, il y a une incohérence majeure entre le discours et les moyens.

### **Le soutien des jeunes dans la poursuite de leur cheminement scolaire**

Il est question, à juste titre, de l'Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (Entente MSSS-MÉLS). Il y aurait peut-être lieu de concrétiser cette entente par la création d'une fonction liaison, en allouant à l'exercice de cette fonction les ressources humaines requises.

Par ailleurs, qui dit complémentarité dit distinction de mandats et de services. En ce qui concerne les psychologues, trop souvent on confond les mandats qui reviennent aux psychologues cliniciens et aux psychologues scolaires. Pour schématiser, on pourrait dire que le psychologue scolaire s'intègre dans un milieu de vie naturel dit « normal » et que ses mandats s'inscrivent dans le cadre de la mission éducative des écoles. Eu égard à la santé mentale et psychologique, il voit surtout à son maintien en somme. Le psychologue clinicien exerce ses mandats dans le réseau de la santé et il voit à offrir des soins dans le but notamment de rétablir la santé mentale et psychologique. L'un ne peut se substituer à l'autre, leur abord n'étant pas du même ordre. Le manque de ressources en santé mentale a trop souvent pour effet de décharger le réseau de la santé au détriment du réseau de l'éducation et de mobiliser les psychologues scolaires comme s'ils étaient tous des cliniciens, de les utiliser par exemple pour l'évaluation des troubles mentaux au détriment de l'exercice de leurs compétences à l'intervention auprès des enfants. Le milieu scolaire est un milieu de vie où l'on devrait pouvoir compter sur les psychologues pour la promotion de la santé mentale et la prévention, mais trop souvent ils doivent consacrer une portion trop importante de leur temps à l'exercice d'un mandat curatif. C'est, par ailleurs, ce que d'aucuns dénoncent quand on dit qu'on assiste à une « médicalisation » des services alors que des problématiques normales sont abordées comme si elles résultaient de la présence de troubles mentaux qu'il faut donc diagnostiquer, ce qui a pour conséquences de réduire la gamme des interventions aux seuls traitements.

### **Favoriser l'intégration au milieu de travail et le maintien en emploi**

Nul n'est contre la vertu et l'on ne peut que saluer tous les efforts qui seront faits en ce sens. Il demeure toutefois que l'offre de service n'est pas assez développée pour cette clientèle. Il semble qu'on manque d'effectifs (notamment d'intervenants ou de professionnels compétents) pour soutenir les personnes en recherche d'emploi et qu'on manque de milieux ouverts, souples, stimulants ou qui permettent des conditions de travail flexibles pour les accueillir. Il est d'ailleurs question dans le document de consultation des personnes qui présentent un TED, qui sont encore défavorisées et subissent de la discrimination en emploi. Il faut développer une offre de service adaptée à leurs besoins et mobiliser des professionnels compétents pour les soutenir dans leur démarche.

Par ailleurs, si l'on veut atteindre les objectifs, il faudrait connaître les raisons qui font que les cibles fixées en ce domaine dans le PASM 2005-2010 ont rarement été atteintes. Dispose-t-on d'analyses à cet égard? Sinon, il y aurait des études à faire sur la question avant de mobiliser plus amplement des ressources. Ici aussi, la culture de la mesure et de l'évaluation est importante.

Par ailleurs, l'intégration dont il est ici question doit prendre la pleine mesure du défi que cela représente et ne doit pas nier l'impact des troubles mentaux sur les capacités adaptatives des personnes qui en sont atteintes. Oui, celles-ci sont des personnes à part entière qui méritent d'être respectées dans leur dignité, mais ce sont des personnes vulnérables qui à des degrés divers présentent des différences, voire des handicaps, qui peuvent inquiéter et qui ont un impact sur leur capacité à répondre aux exigences des employeurs et aux attentes des collègues de travail.

## **Section B : la détection et l'intervention précoce chez les jeunes**

*Au regard de la section La détection et l'intervention précoce chez les jeunes, êtes-vous d'avis que :*

*Les thèmes et enjeux abordés traduisent les réalités rencontrées?*

Oui, sous toutes réserves.

*Des particularités complémentaires devraient être énoncées? Des éléments devraient être ajoutés ou retirés?*

- Réviser les concepts de détection et de dépistage en vue de les harmoniser à la loi 21.
- Sensibiliser les intervenants aux problématiques reliées à la petite enfance. S'attaquer aux mythes et fausses perceptions qui auraient cours en ce qui concerne la santé mentale et les tout-petits.
- Doter les intervenants d'outils de dépistage adéquats et les former à leur utilisation.
- Ne pas confondre dépistage et évaluation formelle.

*Quelles mesures liées à la détection et l'intervention précoce des troubles mentaux auprès des tout-petits et des enfants devraient être intégrées au PASM 2014-2020?*

- Sensibiliser le réseau à l'existence de l'activité réservée par la loi 21, soit l'évaluation d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.
- S'assurer que dans le réseau l'on donne des suites aux conclusions de l'évaluation précitée.
- Donner accès à des traitements aux parents (véritable prévention), notamment à ceux qui présentent un trouble de la personnalité, puisque l'on connaît le risque plus grand que courent leurs enfants.

*Comment favoriser le travail en partenariat pour une prise en compte globale des besoins des enfants, de leurs parents et de leur réseau?*

- Le plan de service individualisé et intersectoriel (PSII) reste une option gagnante pour faciliter les transitions, peu importe d'ailleurs l'âge et les établissements concernés, et permettre le partenariat. Le promouvoir davantage, sensibiliser les intervenants et les professionnels à son importance, les former à son usage.
- Accentuer l'implantation des intervenants pivots et des agents liaison.

*Le MSSS envisage de rendre systématique l'élaboration d'un plan de service individualisé et intersectoriel (PSII) pour tous les jeunes présentant des troubles mentaux six mois avant*

***l'atteinte de la majorité, afin de faciliter une transition harmonieuse sans rupture de services. Que pensez-vous de l'introduction de cette mesure? Permettra-t-elle selon vous d'améliorer la transition entre les services jeunesse et adultes?***

- De façon générale, nous croyons qu'il faut institutionnaliser l'usage du PSII partout, pour toutes les clientèles dès qu'il est question pour les usagers de migrer vers un autre fournisseur de services.
- En ce qui a trait à la transition entre les services jeunesse et adultes, ne pas organiser les services en fonction de l'âge, mais bien en fonction des étapes de développement, tenant compte notamment de l'évolution des troubles mentaux ou autres atteintes.
- Tenir compte de l'allongement de la période de l'adolescence dans nos sociétés modernes.

---

Dans cette section, on utilise le terme détection plutôt que dépistage. Est-ce à dessein ou considère-t-on que ce sont des synonymes? Pour éviter la confusion, nous proposons d'en référer au guide explicatif de la loi 21 qui définit comme suit la détection et le dépistage.

La **détection** est l'activité qui consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risques dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices.

Le **dépistage** est une activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée.

Nous avons l'impression que le document de consultation fait état d'une volonté de systématiser une démarche pour identifier précocement les enfants qui peuvent être atteints d'un trouble mental, ce qui renvoie à la définition de **dépistage**. Mais, selon les milieux (milieu familial, milieu scolaire), les compétences des personnes, intervenants ou professionnels mobilisés et les programmes mis en place, il peut s'agir de détection **OU** de dépistage ou encore de détection **ET** de dépistage. Dans tous les cas, la détection ou le dépistage précoce ne peut se faire sans informer ou sensibiliser les différents milieux où évoluent les enfants. Le PASM 2014-2020 devra à cet effet prévoir des mesures concrètes.

À noter que la détection et le dépistage ne sont pas des activités réservées. Elles peuvent donc être exercées par tous les intervenants. Mais tous ceux qui œuvrent auprès des 0-5 ans ne sont

pas nécessairement sensibilisés aux problématiques qui doivent faire l'objet de détection/dépistage et l'on devra prévoir :

- des activités de sensibilisation pour contrer mythes ou fausses perceptions en ce qui a trait à la santé mentale des tout-petits;
- la mise à la disposition des intervenants mobilisés des formulaires et des outils de détection/dépistage validés qu'ils auront la compétence d'utiliser adéquatement.

Par ailleurs, la mise en place d'activités de détection/dépistage, si celles-ci n'impliquent pas une évaluation des troubles mentaux en bonne et due forme, ne permettra pas plus de distinguer les comportements perturbateurs normaux des enfants et des adolescents des troubles mentaux, problème que soulève le document de consultation, ni de les orienter vers les services qu'ils pourraient alors requérir. Dans le même ordre d'idées, il y a actuellement un problème dans le réseau alors que trop souvent on confond dépistage et évaluation (des troubles mentaux) et on met sur un même pied les conclusions de ces deux activités quant aux services à offrir (c'est vrai aussi pour la clientèle adulte, notamment pour celle qui peut être atteinte de troubles neuropsychologiques). Ceci nous amène aux risques très grands de « faux négatifs » comme de « faux positifs », avec tout ce que cela comporte en matière d'accès aux services et de stigmatisation possible. À cet égard, le PASM 2014-2020 devra prévoir la mobilisation des professionnels habilités à l'évaluation des troubles mentaux, soit les médecins et les psychologues, de même que les infirmières et les conseillers d'orientation s'ils sont habilités par leur ordre professionnel respectif, et à l'évaluation des troubles neuropsychologiques, soit les médecins et les neuropsychologues.

De plus, la Loi 21 réserve au travailleur social, au psychologue, au psychoéducateur, à l'orthophoniste, à l'audiologiste, à l'ergothérapeute, à l'infirmière ainsi qu'au médecin ***l'évaluation d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.*** Le PASM 2014-2020 devra prévoir la mobilisation de chacun de ces professionnels qui verra à évaluer l'enfant dans le cadre de son champ d'exercice afin de préciser la nature et mesurer l'intensité des difficultés qu'il présente, ou encore de conclure à la présence d'un trouble, dans le but de déterminer les services de réadaptation et d'adaptation qu'il requiert. Les enfants visés sont ceux chez qui des indices de retard de développement ont été observés (par l'exercice de la détection ou du dépistage), indices qui peuvent se manifester dans une ou plusieurs sphères de leur développement.

### **L'intervention auprès des tout-petits et des jeunes en difficulté**

Il est important que le PASM 2014-2020 prenne en compte l'activité susmentionnée, soit ***l'évaluation d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins*** afin que sur le terrain l'on puisse accepter les conclusions de cette évaluation et que l'on y donne suite de façon adéquate, soit en

orientant précocement l'enfant vers des services adéquats ce qui, sous toutes réserves, ne serait pas encore entré dans la culture du réseau.

### **Les jeunes atteints de troubles mentaux sous la responsabilité des centres jeunesse**

Le document de consultation fait état de la réflexion à faire sur la complémentarité des services de santé mentale des CSSS et des services de protection de l'enfance. En effet, concrètement, dans la mesure où une forte proportion des enfants sous la responsabilité des centres jeunesse a un (ou des) parent(s) qui présente(nt) un trouble mental et que le plus souvent ce trouble mental est un trouble de la personnalité, il y aurait lieu de mettre sur pied ou d'améliorer l'accès à des programmes d'intervention pour les personnes qui présentent un trouble de la personnalité. La meilleure prévention pour les enfants qui risquent de se trouver sous la responsabilité des centres jeunesse n'est-elle pas de traiter en amont les parents? Il y a aussi la mise sur pied ou l'accès à améliorer à des programmes favorisant le développement d'habiletés parentales ou encore à des programmes s'adressant à la négligence parentale.

### **La transition entre les services destinés aux jeunes et ceux pour les adultes**

Nous voulons porter l'attention sur le fait que s'il est vrai pour tous que les enfants qui présentent un trouble mental risquent trop souvent de se trouver sans services lorsqu'ils accèdent à la majorité, ce l'est peut-être davantage pour ceux qui présentent un TED (ou un TSA).

Le plan de service individualisé et intersectoriel (PSII) reste une option gagnante pour faciliter les transitions, peu importe d'ailleurs l'âge et les établissements concernés, et permettre le partenariat. Le défi sera que chacun des acteurs en fasse une priorité et cela pourrait être facilité si on en fait la promotion ou si on offre des activités de sensibilisation et de formation.

De plus, il faut que la logique de l'organisation des services se recentre sur les besoins des usagers, ce qui implique beaucoup de souplesse et des solutions novatrices pour certaines clientèles. À cet égard, il y a lieu de repenser au découpage des services pour éviter les ruptures néfastes. Faire reposer l'offre de services sur l'âge chronologique des usagers (passage des services jeunesse aux services adultes par exemple) comporte un certain arbitraire et cela ne tient pas compte des étapes qui caractérisent l'évolution normale (l'adolescence moderne se prolonge de plus en plus) et l'évolution des troubles mentaux (l'exemple rapporté au forum de la schizophrénie est frappant à cet effet, celle-ci se manifestant peut-être aussitôt qu'à l'âge 12ans pour évoluer jusqu'à l'âge de 25 ans avant de connaître une certaine stabilisation).

Par ailleurs, le PASM 2005-2010 faisait état de deux fonctions importantes à développer dans le réseau, soit la fonction pivot et la fonction liaison. Qu'en est-il actuellement de l'implantation dans le réseau de ces fonctions? Il aurait lieu de mandater des intervenants pour assurer que la transition de la jeunesse à l'âge adulte puisse se faire sans heurts. Cela répondrait de la fonction liaison et aussi, mais dans une moindre mesure, de la fonction pivot puisque dans la transition, le jeune adulte pourrait perdre l'intervenant pivot qui lui était assigné.

## Section C : la gamme de services en santé mentale

*Au regard de la section La gamme de services en santé mentale, êtes-vous d'avis que :*

*Les thèmes et enjeux abordés traduisent les réalités rencontrées*

- On dresse un portrait fort éloquent, pour ne pas dire inquiétant, des lacunes du réseau de la santé à donner des services aux personnes qui présentent des troubles mentaux. Il faudrait sérieusement en analyser les causes, identifier des priorités et prendre les moyens qui soient à la hauteur des intentions.
- On évoque le service téléphonique Info Social. Qu'en est-il du déploiement provincial de ce service? Où en est-on dans l'élaboration et l'utilisation des protocoles de réponse? Qui sont les professionnels qui y sont embauchés?

*Des particularités complémentaires devraient être énoncées? Des éléments devraient être ajoutés ou retirés?*

- L'attrait et la rétention des psychologues dans le réseau de la santé.
- La prise en considération de l'apport des psychologues en pratique privée (en faire des fournisseurs de service).
- Mettre en place un système permettant de juger de la pertinence, de la validité et de l'applicabilité des résultats de la recherche eu égard aux professionnels et intervenants impliqués et à leurs clients.
- Mettre la recherche au service des intervenants et des professionnels et non l'inverse.
- Installer une véritable culture de la mesure en continu : on ne peut conclure à l'efficacité d'une intervention que si on en mesure les effets sur les personnes qu'on est à traiter.
- Revoir l'organisation des services à la lumière de la loi 21 puisque celle-ci comporte un éclairage à la fois sur les opportunités et sur les contraintes en matière d'offre et de délivrance de services.
- S'attaquer à l'itinérance en la considérant comme une problématique de santé mentale; ne pas repousser la clientèle itinérante vers les services policiers ou les tribunaux qui, n'étant pas outillés, ne retiendront que des solutions légales ou carcérales.

*Si une seule mesure pouvait être développée pour améliorer les services en santé mentale, laquelle proposeriez-vous?*

- Une mesure qui oblige la dispensation de la psychothérapie à toutes les personnes qui en ont besoin.

***Quelle mesure structurante permettrait la création de liens étroits entre les services de santé mentale de première ligne en CSSS et les partenaires tels que les GMF?***

- Viser l'intégration des psychologues dans les GMF. Il y en a trop peu qui y œuvrent actuellement alors que ce sont les spécialistes du fonctionnement psychologique et mental et qu'ils sont habilités notamment à l'évaluation des troubles mentaux et à l'exercice de la psychothérapie. La question demeure de savoir comment y attirer et y retenir des psychologues.

***Quelle serait la meilleure façon de soutenir les omnipraticiens dans leur pratique en santé mentale?***

- Développer la culture de collaboration entre les médecins et les équipes de santé mentale, notamment en santé mentale jeunesse.
- Favoriser un travail de proximité entre les médecins et les équipes de santé mentale.
- Miser sur le tandem médecins-psychologues dont le PASM 2005-2010 faisait état. Les dispositions de la loi 21 permettent de miser sur les psychologues notamment pour l'évaluation des troubles mentaux et pour la psychothérapie.

***Quelles mesures structurantes permettraient de favoriser le déploiement des équipes de SIM et des services SIV partout au Québec? Quelle serait la meilleure avenue pour favoriser une réponse adéquate aux besoins des personnes présentant une comorbidité?***

- Changer la culture : ne plus traiter des maladies, mais des personnes.
- Décloisonner les services, s'attaquer aux effets pervers des programmes dits « clientèle » (le mot clientèle renvoyant à un trouble mental plutôt qu'à la personne affectée par ce trouble).

---

## **L'accessibilité**

Le délai pour avoir accès à des services en santé mentale, si accès il y a, est beaucoup trop long et ne correspond pas du tout, selon nos sources, aux normes prévues à cet égard. Cela contribue malheureusement à la détérioration de l'état des clients, sinon à la chronicisation des troubles, à la perte de confiance envers le réseau de la santé et ses intervenants et à la montée des résistances aux traitements. Tout cela, en fin de compte, génère davantage de souffrance, de désespoir et d'inadaptation et contribue à l'élévation des coûts sociaux et financiers associés à la santé mentale.

On ne peut parler des services offerts en santé mentale sans penser à la psychothérapie. Le commissaire à la santé et au bien-être dans un rapport récent a soulevé le problème de l'accès à la psychothérapie. Il est en effet dommage de constater qu'il est plus facile d'accéder à la pharmacothérapie qu'à la psychothérapie alors que de nombreuses études démontrent

l'efficacité au moins équivalente sinon plus grande des services de psychothérapie et une efficacité accrue quand les deux sont combinées, selon la pathologie traitée.

La loi 21 définit la psychothérapie et précise qui sont les professionnels qui peuvent l'exercer. La configuration du réseau de la santé et la hiérarchisation des services doivent prendre en compte les nouveaux paramètres de la loi 21 et prévoir la présence de professionnels habilités dans tous les niveaux de services où il y a un mandat de traiter les personnes qui présentent un problème de santé mentale avec l'aide de la psychothérapie. Dans la mesure où le réseau ne disposerait pas suffisamment de ressources qualifiées, le PASM 2014-2020 devrait prévoir le recours notamment aux psychologues qui offrent des services de psychothérapie en pratique privée, comme le font par exemple IVAC, CSST et SAAQ. Cela suppose qu'un budget y soit affecté et qu'on réfléchisse sur les conditions et les critères permettant d'accéder à de tels services. Dans le cadre du forum, on a évoqué l'idée d'un projet-pilote, mais on peut s'interroger sur sa pertinence dans la mesure où :

- la démonstration de l'efficacité de la psychothérapie n'est plus à faire et qu'il faut sans plus tarder implanter des services qui donnent un véritable accès à ce traitement;
- l'on mise sur l'implantation d'une véritable culture de la mesure et de l'évaluation des services qui impliquera concrètement que soit évaluée en continu l'efficacité des traitements offerts.

Rappelons par ailleurs que le PASM 2005-2010 identifiait les psychologues qui exercent en bureau privé comme une ressource sur laquelle il faut compter. On ne retrouve pas cela dans le document de consultation et c'est une lacune parce que ce sont des intervenants qui jouent un rôle important au Québec dans la dispensation des services de santé mentale. Nous dirions même que ceux qui n'ont pas accès à des services dans le réseau se retrouvent par défaut chez le médecin, mais, quand ils en ont les moyens financiers, c'est vers le psychologue qu'ils se tournent.

Dans un autre ordre d'idée, nous voudrions rapporter qu'il y a un effet pervers des programmes dits clientèles mis en place dans le réseau, soit la réduction de l'accès aux services aux personnes, réduction due aux critères relativement stricts auxquels ne peut répondre la nombreuse clientèle qui présente des troubles concomitants (comorbidité). Il faudrait même se demander si la présence de troubles concomitants ne constitue pas la règle plutôt que l'exception en matière de santé mentale, ce qui nous placerait devant des programmes conçus pour l'exception.

### **La continuité**

Les effets indésirables de processus successifs de triage et de redirection de la clientèle peuvent demeurer invisibles dans la mesure où les établissements isolent chaque épisode de soins pour mesurer leurs délais d'attente et leurs durées de traitement. Or, réussir à tirer profit d'une telle succession d'intervenants en négociant avec succès les deuils et les réinvestissements exigés par chaque changement d'équipe traitante suppose chez les usagers une flexibilité affective et

relationnelle dont plusieurs ne disposent pas. *La force des liens*, c'est aussi le caractère intimement personnalisé de l'alliance thérapeutique entre un client donné et un professionnel donné. La référence inter établissements peut bien être impeccablement réalisée, mais sans de tels liens, les risques de décrochage sont grands.

L'accessibilité des services est garante de la continuité dans la mesure où chaque niveau de services ou chaque établissement ou centre à vocation particulière disposent de ressources professionnelles suffisantes pour ne pas créer de goulots d'étranglement. L'Ordre des psychologues du Québec a fait part de ses inquiétudes dans son avis sur le niveau d'implantation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*<sup>1</sup> devant la volonté exprimée de déplacer les ressources de la deuxième ligne vers la première ligne et le risque de priver ainsi cette dernière d'une expertise essentielle à la poursuite de leur mandat. Dans l'éventualité d'un passage de la première à la deuxième ligne ou d'un transfert d'un CSSS à un CRDITED par exemple, l'on doit garder en tête qu'en santé mentale il faut offrir les services aux clients quand ils sont prêts et disponibles. Si l'on ne s'entend pas sur les critères d'accessibilité, si l'on manque de ressources, si l'on ne dispose pas d'ententes de services claires, si l'on s'engage dans une organisation de services fortement hiérarchisés et cloisonnés et si, de surcroît, l'on envisage d'offrir ces services par épisodes sans que rien ne serve de pont d'un épisode à l'autre, la continuité est certainement compromise.

C'est ici que prennent toute leur importance les intervenants pivots et les agents de liaison dont les mandats reposent sur la philosophie non pas de traiter des pathologies, mais de s'occuper véritablement des personnes et de leurs besoins. À cet égard, l'intervenant pivot peut jouer le rôle de figure d'attachement sécurisante vers laquelle se tourner.

### **L'efficience et l'efficacité**

L'efficience et l'efficacité ne peuvent être considérées sans en référer à ce que nous dit la science et il est certainement légitimé de s'appuyer sur des données probantes à ces égards.

### ***La question des données probantes***

Nous sommes d'avis, comme de nombreux chercheurs et scientifiques d'ailleurs, qu'il y a une confusion largement répandue entre le concept des traitements soutenus empiriquement (TSE, en anglais : empirically supported treatments) et celui des pratiques fondées sur les données probantes (PFDP, en anglais : evidence-based practice). Les TSE font partie des PFDP, mais n'en rendent pas totalement compte puisque la recherche qui y est associée ne porte que sur les types de traitement. En effet, la littérature scientifique fait état de nombreuses recherches sur l'efficacité d'un traitement basé sur une approche en particulier, efficacité que l'on tente d'associer à une problématique bien circonscrite ou à un diagnostic particulier (ex. : thérapie cognitivo comportementale [TCC] pour traiter la dépression). Les données dont on dispose

---

<sup>1</sup> Voir le document présenté par l'Ordre des psychologues du Québec en novembre 2010 à la Direction de la santé mentale du Québec dans le cadre de la consultation sur l'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010. Il y a par ailleurs dans ce document de nombreux éléments dont il faudrait tenir compte dans l'élaboration du PASM 2014-2020.

doivent certainement orienter l'offre de services, dans la mesure où on a là une certaine assurance d'efficacité. Sauf que les données probantes ajoutent à ces seules considérations puisqu'elles permettent de connaître l'impact de nombreuses autres variables que le seul traitement ou le seul diagnostic, autres variables qui ont une influence sur l'efficacité des services offerts en santé mentale. Il faut penser ici par exemple aux variables liées au client (la demande, les besoins, les intérêts, le contexte de vie, les éléments culturels...) qui ont entre autres un impact sur l'observance, à celles liées aux caractéristiques du psychothérapeute, à l'alliance thérapeutique, variables dont l'impact sur l'issue du traitement est tout aussi sinon, la plupart du temps, plus considérable que celui de la variable du traitement (techniques et approches utilisées). La littérature scientifique sur ces autres variables est abondante et non moins probante et il est déplorable et préjudiciable qu'on s'y réfère aussi peu. Il nous apparaît en effet que de se restreindre aux TSE procède d'un certain aveuglement et qu'écarter tout un pan de la recherche ne témoigne pas d'un véritable positionnement scientifique. Le PASM doit mettre au centre de ses préoccupations la clientèle en santé mentale et il est de première importance, si on cherche des données probantes, de partir du point de vue des personnes atteintes et de se demander ce que TOUTE la recherche et la réalité du terrain démontrent en matière d'efficacité, non pas l'inverse qui consiste à se centrer sur des approches et des diagnostics au détriment parfois de la clientèle et des intervenants ou professionnels impliqués.

Se baser uniquement sur les TSE, c'est comme se servir de statistiques générales pour prédire ce qui arrivera à une personne en particulier. C'est très risqué, car il n'existe rien de tel qu'un dépressif type, par exemple, et que rien par conséquent ne dit que ce qui a fonctionné dans le cadre d'une recherche à variables contrôlées pour 60 % de l'échantillon final sera efficace et pertinent pour cette personne qui se présente au bureau de cet intervenant dans un certain contexte de vie et à un moment particulier. Il y a d'autres facteurs sur lesquels il faut miser.

Par ailleurs, il n'y a pas que la recherche. Il y a d'autres interventions pertinentes sur lesquelles il peut ne pas y avoir encore de recherche. Il y a lieu de revenir sur cette question de la culture de la mesure qui doit être implantée puisqu'elle seule peut être garante de l'efficacité des interventions. Ce sont les mesures d'efficacité en continu qui vont permettre l'établissement et l'adaptation d'un plan de services réellement individualisé, fondé sur la situation actuelle. En page 2 du document de consultation, on peut d'ailleurs lire que : « Dans un contexte de ressources limitées, les mesures les plus efficaces, efficaces et prometteuses quant à leurs rapports coûts-bénéfices et aux résultats atteints seront favorisés. » Pour donner tout son sens à cette affirmation, il faut nécessairement mesurer l'atteinte des résultats et se doter d'outils simples, conviviaux et probants pour ce faire.

À cet égard, en matière de mesures concrètes, il y aurait lieu de valider les orientations de certains programmes de services qui limitent certaines clientèles à un nombre prédéterminé de rencontres ou de séances. Quels sont les impacts d'une telle limitation sur la demande de services? L'efficacité devrait se mesurer entre autres en fonction du nombre de demandes de services renouvelées provenant d'un même client et adressées dans un même programme, dans un même établissement ou encore dans des établissements différents du réseau. Cela

nécessiterait de garder la trace des clients (nous soulevons l'hypothèse que faire cet effort de traçage aurait un effet bénéfique sur les services rendus, au sens où cet effort serait une façon de ne pas « se laver les mains » et de manifester au client qu'il est au centre de nos préoccupations). Dans ce contexte, on pourrait impliquer les agents de liaison.

### **Les services de première ligne**

Dans la sous-section des services de crise, le document de consultation réfère au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social). Qu'en est-il du déploiement de ce service? Il y a quelque temps, un représentant de notre Ordre participait à des rencontres où il était question de l'élaboration de ce service, des protocoles à utiliser, du déploiement provincial, etc. Il y avait encore alors de nombreuses questions soulevées, de même que certaines inquiétudes et il serait bien que le ministère puisse clarifier l'articulation de ce service avec la première ligne.

### **Le suivi étroit des personnes présentant un risque suicidaire**

En vue de prévenir le suicide, le MSSS a produit en 2010 le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*. Or, depuis, la loi 21 est entrée en vigueur. Celle loi définit notamment la psychothérapie et elle en circonscrit l'exercice. Le guide susmentionné propose et définit différentes interventions, dont l'intervention de crise (de l'ordre du désamorçage), le suivi de courte durée (de l'ordre du soutien) et le suivi étroit. La lecture de ce document donne à penser que le suivi étroit, comme on le définit, peut correspondre à la psychothérapie. Si tel est le cas, il faudrait s'assurer de mobiliser les bons intervenants et disposer de professionnels habilités afin d'offrir ces services de psychothérapie. L'Ordre considère qu'il faut se pencher sur cette question et il est prêt à collaborer pour que le PASM 2014-2020 puisse présenter des précisions sur les services de prévention du suicide tenant compte de la loi 21 et que soit retenue la nécessité d'engager les bons professionnels.

### **Les services de santé mentale de première ligne en CSSS**

Les constats qui se dégagent de l'opération d'inventaire 2011-2012 sont pour le moins désolants et ils témoignent de l'ampleur du défi qui demeure. Est-ce qu'on a un plan ou des solutions en vue? Quelles mesures concrètes entend-on prendre pour combler les effectifs requis et pour donner des services à toute la clientèle en santé mentale? Comme dit précédemment, l'Ordre des psychologues recommande d'envisager de mettre à contribution les psychologues qui sont nombreux à offrir des services en bureau privé et qui sont fort probablement encore parmi les professionnels de la santé les plus sollicités en santé mentale après les médecins. Il y aurait lieu de prévoir une enveloppe budgétaire pour faire de ces psychologues des fournisseurs de services vers lesquels orienter la clientèle que le réseau de la santé, par manque d'effectifs, n'arrive pas à desservir.

### **Les liens entre les services de santé mentale de première ligne et les GMF**

Il est vrai que le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux par les médecins n'est pas optimal, notamment parce que si les gens se tournent naturellement vers les médecins de famille, c'est pour une grande part parce qu'ils constituent leur seule porte d'entrée gratuite.

Nombreux sont ceux qui auraient plutôt privilégié de consulter un psychologue, compte tenu de leurs compétences spécifiques en santé mentale<sup>2</sup>. Il ne nous apparaît pas idéal de ne compter que sur les médecins pour répondre aux besoins en matière de santé mentale. Cette clientèle semble mobiliser considérablement les médecins de famille qui ne peuvent plus par conséquent être disponibles pour leur pratique médicale générale. Nous ne croyons pas que ce soit là une utilisation optimale de nos ressources médicales alors que le Québec accuse encore une pénurie, que l'on peine à avoir accès à un médecin de famille pour les suivis de santé courants et que les urgences débordent. Devant la détresse du patient et en l'absence de ressources compétentes sur lesquelles pourraient compter les médecins de famille, on nous rapporte que ces derniers sont fréquemment habités d'un profond sentiment d'impuissance. En conséquence, il ne faut pas se surprendre du fait que ceux qui les consultent pour un problème de santé mentale se trouvent plus souvent qu'il ne serait souhaitable avec pour seul traitement un traitement médicamenteux, et ce, envers et contre toutes les recherches récentes qui démontrent la pertinence et l'efficacité de la psychothérapie<sup>3</sup>. Le médecin qui travaille en GMF, ou ailleurs, ne peut « se permettre » de revoir un client sur une base régulière, 30 à 45 minutes pour une période de temps significative. Le traitement médicamenteux, c'est celui qui lui est par ailleurs le plus familier et c'est trop fréquemment le seul qui soit disponible. Ça devient donc un traitement de prédilection dans les circonstances, en l'absence d'autres professionnels, puisque les patients peuvent le suivre sans autres formes d'engagement de la part du médecin prescripteur. Toutefois, l'on sait que les antidépresseurs utilisés seuls ne sont pas une option de traitement que les Québécois privilégieraient s'ils en avaient le choix<sup>4</sup>. C'est d'une grande importance puisque cette question de choix est déterminante en ce qui concerne l'observance de traitement et que l'on connaît les coûts financiers associés à la couverture des frais pour des médicaments qui trop souvent ne font que s'empiler dans les armoires des usagers. Ajoutons que l'observance peut être encore plus compromise si la prescription médicamenteuse vient seule et qu'il n'y a pas d'autres professionnels pour à tout le moins accompagner l'utilisateur.

Dans cet ordre d'idées, la décision d'intégrer des psychologues dans les GMF nous apparaît excellente puisque ce sont les spécialistes du fonctionnement psychologique et mental et qu'ils sont habilités à l'évaluation des troubles mentaux et à l'exercice de la psychothérapie. La question demeure de savoir si les conditions de travail dans les GMF seront suffisantes pour y attirer et retenir des psychologues, bref si nous nous donnerons les moyens de nos ambitions,

---

<sup>2</sup> L'Ordre des psychologues a mené un sondage en 2012 et à la question « Si le médecin et le psychologue étaient aussi accessibles l'un que l'autre, lequel de ces professionnels consulteriez-vous en premier pour une dépression? », 65 % des moins de 35 ans ont répondu qu'ils iraient consulter un psychologue, comparativement à 50 % de l'ensemble des répondants. À la même question, mais pour un problème d'anxiété, 59 % de la population générale a répondu qu'elle irait consulter d'abord un psychologue, et 73 % des moins de 35 ans ont dit qu'ils en feraient autant. Pour un problème d'épuisement professionnel, bien qu'un arrêt de travail nécessite un billet du médecin, les moins de 35 ans iraient d'abord consulter un psychologue à raison de 55 %, en comparaison avec 42 % de la population générale.

<sup>3</sup> Des recherches démontrent une plus grande efficacité si on combine les deux types de traitement. Si l'on choisit l'un ou l'autre, des recherches récentes soutiennent que la taille de l'effet (effect size) est plus grande pour la psychothérapie.

<sup>4</sup> Information qu'a permis de recueillir le sondage précité.

ici comme ailleurs. De plus, nous considérons qu'il ne faudrait pas délocaliser les ressources cliniques professionnelles des CSSS vers les GMF (l'une des deux tendances évoquées), puisque le constat est fait précédemment dans le document en consultation d'un manque d'effectifs en CSSS et qu'il ne semble pas démontré que des professionnels soient en situation de manquer de travail dans les CSSS. Il faut s'assurer de ne pas déplacer les problèmes, mais bien de tenter de les régler.

### ***La psychiatrie légale***

Le document de consultation fait référence aux failles du système actuel quant à la prise en charge des accusés souffrant de trouble mental, dont la déficience intellectuelle. De fait, cela renvoie en amont à la criminalisation de la maladie mentale qui s'explique par le manque de ressources en santé mentale dédiée à une certaine clientèle récalcitrante, en un sens « indésirable » et qui, non traitée, se trouve souvent en situation d'itinérance. Cette clientèle dérange et en fin de compte elle n'a pour seuls interlocuteurs que les policiers qui, dépassés, agissent parfois de façon malhabile ou malheureuse. Bien que nous ne voulions pas faire le procès de la désinstitutionnalisation, force est de constater que cette clientèle lourdement atteinte, n'ayant nulle part où aller, finit par fréquenter les milieux carcéraux. Nous croyons que le PASM 2014-2020 doit se pencher sur les services à mettre en place pour cette clientèle, et ce, au-delà de ce qui relève du domaine légal.

### ***Le suivi des personnes présentant une comorbidité***

Le problème qui est ici présenté tient selon nous en bonne partie aux effets pervers des programmes-clientèles. À partir du moment où l'on crée des programmes spécialisés dans le traitement de problématiques bien définies et circonscrites, pour faire image, on crée des frontières et on engage des douaniers qui ont pour mandat de bloquer l'entrée de tous les intrus aux postes frontière (triage et protocoles d'accès multiples et rigides). Et qui sont donc ces intrus en quête de services? Les personnes qui présentent un trouble mental ne correspondent pas toujours au portrait type de ceux que traitent les programmes spécialisés, compte tenu notamment de la présence de troubles associés ou concomitants. Dans un contexte où les services de santé mentale débordent et dans un monde où on martèle aux professionnels l'idée qu'ils ne peuvent s'engager à traiter les gens s'ils n'en ont pas les compétences, il faut s'attendre à un resserrement de l'évaluation des demandes et à une application stricte des critères d'admission, tant et si bien qu'une forte proportion des personnes souffrant de trouble mental se trouve discriminée et laissée pour compte. Comme il n'y aura jamais autant de programmes-clientèles que de clientèles diverses, il faut retourner vers une offre de services plus générale engageant des « généralistes de la santé mentale » autres que des médecins de famille et des infirmières puisqu'on en manque encore cruellement. Il faut aussi faire des ententes de services qui institutionnalisent le décroisement et miser sur des agents de liaison pour assurer le passage fluide de la clientèle qui est actuellement engagée dans une course à obstacles qui les mène trop souvent à une impasse.

## Section D : les pratiques organisationnelles et cliniques

*Au regard de la section L'optimisation des pratiques cliniques et organisationnelles, êtes-vous d'avis que :*

*Les thèmes et enjeux abordés traduisent les réalités rencontrées? Des particularités complémentaires devraient être énoncées? Des éléments devraient être ajoutés ou retirés?*

- On oublie d'aborder la question très importante du soutien à la formation continue en assurant un financement adéquat.

*Comment soutenir davantage les gestionnaires et les intervenants en santé mentale dans le développement et le maintien des bonnes pratiques?*

- En priorisant le maintien et le développement des compétences.
- En assurant le développement et le maintien de l'identité professionnelle des différents professionnels.
- En abolissant les frontières du réseau pour donner accès aux bons superviseurs et formateurs.
- En distinguant la supervision clinique et la supervision administrative.

*Quelles mesures ou éléments facilitants permettraient de favoriser le déploiement et le recours au MSRP?*

- Sélectionner les médecins qui ont les compétences et les intérêts requis.

*Avec le PASM 2014-2020, le MSSS compte favoriser le déploiement de la fonction des professionnels répondants. Que pensez-vous de cette pratique collaborative? Quelles en sont les conditions de succès?*

- Sélectionner les professionnels qui ont les compétences et les intérêts requis et qui ont une certaine crédibilité dans les milieux où l'on compte les mobiliser.
- Installer une culture d'ouverture et éviter toutes formes de hiérarchisation professionnelle.

*Outre le professionnel répondant et les MSRP, quelle autre fonction permettrait d'améliorer la pratique et la réponse aux besoins dans le secteur de la santé mentale?*

- Ajouter à la fonction de PRSM ou de MSRP ~~à~~ la fonction liaison, les premières visant à soutenir les dispensateurs de services et la dernière visant à soutenir les clients dans leur trajectoire de services.

## La supervision et le soutien clinique

Il est vrai que la supervision clinique est centrale. De fait, la supervision est essentielle pour de meilleures pratiques, et ce, sur deux plans : le plan clinique et le plan organisationnel ou administratif. À ces égards, nous constatons que l'on poursuit des objectifs qui, bien que complémentaires, sont parfois conflictuels. La supervision clinique se distingue de la supervision organisationnelle ou administrative. La première vise le maintien et le développement des compétences des intervenants ou des professionnels et la seconde vise l'optimisation de l'organisation des services qui sont offerts dans le cadre de mandats spécifiques. Pour se développer, un intervenant ou un professionnel doit pouvoir faire librement état de ses questionnements ou inquiétudes, de même que de ses limites, si tant est que l'objectif soit de les dépasser. Pour témoigner ainsi de ses forces et faiblesses, il faut une relation de confiance et il peut être difficile de s'ouvrir à un supérieur hiérarchique, détenant par définition un pouvoir de sanction, si c'est à lui qu'on a confié le mandat supervision clinique. Les difficultés s'accroissent si, en plus, ce superviseur a une identité professionnelle autre que celle de son supervisé.

Cela étant, il faut reconnaître l'importance primordiale de la supervision clinique et cette reconnaissance ne peut se faire sans une allocation de ressources financières. Malheureusement, le réseau prévoit très peu en matière de formation continue, les coupures qu'a entraînées la « loi 100 » ayant eu des effets très négatifs par ailleurs.

L'on doit reconnaître l'importance du maintien et du développement des compétences propres à chacune des professions. Dans un monde où de plus en plus il faut travailler en interdisciplinarité ou en multidisciplinarité, on fait malheureusement de moins en moins place aux besoins spécifiques de chaque groupe de professionnels. À cet égard, des psychologues nous rapportent qu'ils sont souvent mobilisés pour offrir de la supervision, mais qu'ils ont peu d'occasions d'en recevoir. Il est donc important de donner à chaque groupe de professionnels un accès à un superviseur de la même profession et de prévoir, à cet effet, des ententes de services avec d'autres établissements du réseau quand les conditions de supervision ne pourront être remplies dans un même établissement.

## L'apport rehaussé des ressources professionnelles

### *Le recours aux médecins spécialistes répondant en psychiatrie (MSRP)*

Nous ne sommes pas très au fait des enjeux liés au recours aux MSRP. Il y a peut-être des enjeux financiers à considérer. Toutefois, il est évident que tous les médecins spécialistes n'ont pas les compétences pédagogiques, ni les intérêts pour assumer un tel mandat. Il serait peine perdue, voire contreproductif, de vouloir transformer un clinicien en pédagogue s'il n'est ni compétent, ni à l'aise, ni intéressé et que cela le limite dans l'exercice d'une profession qu'il a choisie.

### *Le déploiement de la fonction de professionnel répondant en santé mentale (PRSM)*

L'idée de mettre à contribution l'expertise particulière de différents professionnels nous apparaît judicieuse, mais encore ici, il faut considérer les questions de compétences et d'intérêt tel que mentionné précédemment. Les professionnels mobilisés doivent être crédibles aux yeux

des collègues à qui ils offriront leurs services et un climat de collaboration plutôt que de hiérarchisation devrait être installé. L'objectif du déploiement de la fonction de PRSM est tout à fait louable dans la mesure où cela favorisera la concertation clinique et la continuité des soins.

Par ailleurs, il faut ajouter à la fonction de PRSM la fonction liaison, la première visant à soutenir les dispensateurs de services et la seconde visant à soutenir les clients dans leur trajectoire de services.

## **Conclusions**

Le document de consultation nous semble témoigner d'un regard lucide sur les enjeux relatifs à la santé mentale. Dans l'ensemble, nous adhérons aux valeurs et aux orientations qu'on y trouve. Nous sommes conscients que les ressources ne sont pas illimitées et que les choix à faire sont difficiles, mais il demeure que ce sont les moyens qui seront retenus qui feront véritablement foi de tout. Nous avons espoir que soit enfin reconnu l'ensemble des traitements, dont la psychothérapie, et que cette reconnaissance se traduise par une offre de services qui mobilise différents intervenants et professionnels qui collaborent et agissent en complémentarité; une offre de services accessibles, dispensés au moment opportun, à l'endroit souhaité, pour la durée requise et qui tient compte de la demande et des besoins réels des usagers, peu importe qu'ils aient ou non des moyens financiers; une offre de services qui tire profit de la loi 21.