



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

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

17 NOVEMBRE 2010

Introduction

L'Ordre des psychologues du Québec vous remercie de lui donner cette occasion de partager ses constats et réactions en ce qui a trait à l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM). Les psychologues sont des acteurs de première importance en matière de santé mentale, les statistiques en témoignant par ailleurs. En 2010, sur un total de plus de 8400 psychologues, près de 2500 travaillent dans le vaste réseau public de la santé. De plus, environ 1300 psychologues travaillent dans le réseau de l'éducation et un peu moins de 3200 offrent leurs services en pratique privée¹, ces deux derniers groupes de psychologues étant ainsi engagés dans ce qu'on peut considérer comme une première ligne élargie.

Les réactions, commentaires et suggestions que nous vous adressons sont le fruit de réflexions et d'échanges de plusieurs psychologues cliniciens qui sont à même de constater la nature et la qualité des services de santé mentale offerts au public. Il faut noter que nous n'avons pas fait de sondage et que le portrait que nous avons dégagé de nos échanges est plutôt impressionniste au sens où il aura été esquissé à partir de perceptions qui peuvent parfois être subjectives. De plus, nous ne pouvons prétendre que les constats s'appliquent à l'ensemble du réseau, le degré d'implantation du PASM pouvant varier d'une région à une autre, d'un établissement à un autre.

¹ Les psychologues qui offrent des services en pratique privée ne le font pas tous exclusivement. Il peut y avoir parmi eux des psychologues qui travaillent également dans le réseau de la santé ou dans le réseau de l'éducation.

La population en général, les utilisateurs de services et leurs proches

I- Favoriser la participation avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches dans les structures de décision

Les efforts pour atteindre cet objectif se perçoivent sensiblement en 1re ligne. Ils doivent toutefois être maintenus en ce qui concerne les services de 2e et plus particulièrement de 3e ligne puisque, historiquement, ces services ont été développés entre « spécialistes » et que les cultures semblent plus longues à changer.

Par ailleurs, l'obligation inscrite dans la loi (LSSSS) de faire des plans de services individualisés (PSI) et des plans d'intervention (PI) peut permettre une meilleure participation des personnes utilisatrices, dans la mesure où elles sont impliquées dans le choix des objectifs de traitement et des moyens à prendre pour les atteindre. En plus de permettre aux personnes utilisatrices de participer aux décisions qui les concernent directement, le recours aux PSI favorise la concertation entre les différents intervenants et établissements concernés dans la prestation de services. Il y aurait donc lieu de soutenir l'utilisation des PSI et des PI, alors que c'est une pratique qui n'est malheureusement pas généralisée.

L'information et la sensibilisation en santé mentale : réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale

Sur le plan national, pensons à la campagne médiatique sur la dépression qui a eu, avons-nous l'impression, un effet positif sur les préjugés qu'on entretient sur cette maladie. C'est un bon début. Toutefois, la maladie mentale ne se limite pas qu'à la dépression et les préjugés sont encore nombreux. Nous espérons que les efforts seront maintenus.

En ce qui concerne les compagnies d'assurances, il y a du travail d'information et de sensibilisation à faire. En effet, la maladie mentale est pour certaines d'entre elles un critère d'exclusion lorsqu'il s'agit de contracter une assurance invalidité. Elles refusent l'accès aux protections liées à la santé mentale à des personnes qui ont consulté un psychologue au cours des cinq dernières années, et ce, sans égards aux motifs de consultation qui peuvent être autres qu'un trouble de santé mentale. Or consulter un psychologue ne découle pas toujours de la présence d'un trouble qui aura des incidences sur la capacité de travail ou sur les risques d'invalidité.

Pour ce qui est du marché du travail, on constate qu'une personne qui souffre ou qui a souffert d'un trouble mental a, encore aujourd'hui, moins de possibilités de se trouver un emploi, et ce, malgré les efforts déployés pour favoriser leur employabilité. Il y a encore beaucoup à faire pour changer les mentalités sur ce plan. Il y aurait lieu par ailleurs de s'arrimer à des organismes telles

les corporations de développement économique communautaire (CÉDEC) ou encore de soutenir ou de favoriser la création d'organismes dont le mandat vise justement l'employabilité de la clientèle en santé mentale.

Enfin, il demeure difficile de percevoir les efforts pour réduire la stigmatisation de façon concrète sur le terrain. Il arrive encore dans certains services d'urgence, par exemple, que les personnes qui présentent un trouble mental n'aient pas droit aux mêmes égards et aux mêmes traitements que ceux qui sont atteints de maladie physique.

II- Les services courants (médicaux et psychosociaux) : assurer un passage fluide des services courants vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin

Pour bien illustrer notre propos, nous allons aborder ce point en prenant en considération d'une part le guichet unique permettant l'accès aux services de 1re ligne en santé mentale et, d'autre part, la circulation de la clientèle entre les différents niveaux de services qui sont offerts.

Le guichet unique

Nous considérons que l'instauration du guichet unique est une bonne façon de s'assurer que les demandes de services soient reçues et acheminées vers les bons services. Par contre, il semble que d'une région à une autre, d'un CSSS à un autre, le fonctionnement des guichets ne soit pas au même niveau. Des questions demeurent en ce qui concerne les balises soutenant l'organisation des guichets d'accès (PASM, p. 23), dont celles-ci :

- Quel type de professionnels doit composer l'équipe responsable du guichet?
- Quelles compétences devraient-ils détenir?
- Quel est leur mandat?
- Que doivent-ils évaluer? Le client ou la demande? Le degré de détresse ou le degré d'urgence?
- Quels sont les critères sur lesquels ils se basent pour en faire une évaluation systématisée et rigoureuse?

Par ailleurs, on nous rapporte qu'il y a parfois de la confusion et des risques de dédoublement, d'alourdissement (multiplication de procédures administratives ou autres), voire d'engorgement compte tenu de l'existence simultanée des guichets d'accès et d'autres services de type « porte d'entrée » comme les services d'accueil, évaluation et orientation. Dans certains milieux, une seule et même direction chapeaute les différents services de ce type de sorte qu'on favorise le meilleur arrimage possible, diminuant ainsi les risques dont il est ici question.

La circulation de la clientèle

Le passage peut ne pas être fluide :

- parce que les équipes de 1re ligne ne sont pas constituées partout ou encore parce qu'elles ne disposent pas des effectifs suffisants;
- parce qu'elles sont engorgées, ayant à desservir une clientèle parfois en détresse, qui vit des situations trop complexes et qui ne trouve pas dans les autres niveaux de services les traitements dont elle a besoin.

L'organisation des services varie selon les établissements. Certains desservent, dans le cadre de leurs services courants, les personnes présentant des troubles mentaux modérés (troubles dépressifs, troubles anxieux...) et il est légitime de se demander si elles y reçoivent les services de psychothérapie dont le PASM reconnaît la pertinence, compte tenu du mandat des services courants et des compétences propres aux intervenants qui y travaillent. Dans d'autres établissements, cette même clientèle est orientée vers le service de santé mentale 1re ligne. Malgré cela, on constate que cette clientèle, pour une bonne part, ne reçoit pas de services de psychothérapie, compte tenu notamment du manque de personnel compétent dans plusieurs services et de l'accès difficile ou limité aux psychologues ou autres professionnels habilités à la psychothérapie.

On nous a rapporté par ailleurs que l'accès aux services psychologiques est difficile, ce qui va dans le sens des constats faits par la direction de la santé mentale à l'occasion des 8es journées bi-annuelles en santé mentale tenues en mai dernier. De façon plus générale, les longs délais pour l'obtention des services exposent la clientèle vulnérable à des risques (risques suicidaires, risques de chronicisation). Cette question des délais nous interroge et nous inquiète et nous nous demandons si à tout le moins il y a sur le terrain des moyens d'en prendre la mesure, d'en rendre compte et d'y travailler.

L'orientation de la clientèle de la 1re ligne vers la 2^e ligne peut également générer de l'attente en plus de contribuer à l'engorgement des services de 1re ligne, étant donné, croyons-nous, les limites sur le plan des ressources humaines. Par ailleurs, nous vous soumettons quelques hypothèses qui nous ont été rapportées et qui expliqueraient que certains clients n'aient pas accès à la 2e ligne :

- clientèle qui ne répondrait pas exactement à des critères d'admissibilité bien définis (contre-indications en raison par exemple de comorbidité ou de conditions associées);
- services offerts qui ne conviendraient pas aux caractéristiques du client, à son contexte de vie, au moment de la demande;
- obligation d'obtenir une référence médicale alors que bon nombre de clients n'ont pas accès à un médecin.

Il serait ici aussi important de faire le suivi de l'offre de services pour vérifier si, de fait, cette offre est ainsi définie qu'elle exclut une clientèle pour laquelle il ne reste pratiquement que les services de 1re ligne, services qui par définition seraient inappropriés à leurs besoins.

Enfin, dans les cas où il y a libre circulation de la clientèle entre les différents niveaux de services, il faut tout de même assurer la constance et la continuité des services. On nous a fait remarquer qu'il est difficile pour la clientèle qui a recours aux services de santé mentale, fragile par définition, de passer d'un intervenant à un autre, au gré des épisodes de services, parfois sans égards aux difficultés d'adaptation que cela implique et sans prendre en compte les besoins d'ancrage et les liens d'attachement. En lien avec cette problématique, le PASM (p.71) soutient la création de la fonction d'intervenant pivot. Nous n'avons pas eu d'écho de l'implantation dans le réseau de cette fonction pourtant prometteuse.

Les services de crise : offrir des services d'intervention 24 heures/7 jours à toute la population : intervention téléphonique, face à face, hébergement, suivi à court terme, urgence hospitalière

De façon générale, on constate l'amélioration du filet de sécurité pour les personnes qui posent des gestes suicidaires. On relève de plus que des initiatives ont été prises dans certaines régions pour mettre sur pied des centres de crises pour adultes suicidaires, centres où ils peuvent être hébergés, ce qui permet d'éviter le recours aux services d'urgence psychiatrique.

Cependant, il arrive qu'une fois la crise immédiate résorbée, la clientèle soit livrée à elle-même en raison notamment des délais d'attente pour obtenir les services appropriés. L'allocation des ressources peut en effet varier d'une région à une autre et le suivi offert aux personnes qui ont des intentions suicidaires n'est pas toujours aussi serré que celui offert aux personnes qui ont attenté à leur vie. Dans ces cas, il faudrait s'assurer que partout on évalue rigoureusement le potentiel suicidaire en tenant compte notamment des facteurs de risque, de la détresse, de la vulnérabilité et de la dangerosité et qu'on soutienne la clientèle afin qu'elle obtienne un traitement psychothérapeutique ou médicamenteux, ou encore un traitement combinant les deux.

Dans certaines régions, l'instauration des services Info Social et Urgence-détresse de même que le partenariat établi avec les centres de prévention du suicide contribuent de façon significative au filet de sécurité pour les personnes en crise suicidaire, en crise psychotique ou autre. Ce ne sont malheureusement pas tous les intervenants qui ont reçu dans le cadre de leur travail de la formation continue sur l'intervention de crise et sur l'utilisation de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P.38). Il est aussi dommage que le déploiement national du service téléphonique Info Social ait été retardé puisqu'il s'agit d'un service qui permet notamment d'informer la population, de prévenir les crises ou encore d'orienter rapidement les personnes en crise. L'implantation de ce service témoignera de la volonté d'investir autant en santé mentale qu'en santé physique, étant donné que depuis longtemps le public dispose des services Info Santé.

Bien que tous les intervenants en 1re ligne aient l'obligation de connaître les ressources en matière de services de crise, il demeure qu'ils sont engagés au quotidien dans un suivi serré de leur clientèle et que, par conséquent, il peut être difficile pour eux de savoir ce qui existe d'autre

que l'urgence hospitalière ou certaines lignes d'écoute, par exemple. De fait, il se peut que les informations sur les différents services de crise ne soient pas disponibles ou facilement accessibles pour les intervenants qui sont affectés au suivi quotidien de leur clientèle. Il peut aussi être difficile de suivre l'évolution des services, l'arrivée ou la disparition dans un quartier donné d'organismes communautaires ou autres et d'être au fait de la nature et de la qualité des services qu'offrent ces différents organismes. Le phénomène des silos semble bloquer l'accès à ces informations ou même à ces services. Pour contrer ce phénomène, le PASM (p.71) soutient le développement de la fonction d'agent de liaison dont le mandat est justement de « ... créer un lien avec la personne concernée et son entourage... épauler l'ensemble du personnel... **créer des ponts entre les ressources du milieu** ». Nous avons l'impression que cette modalité n'est pas suffisamment exploitée. De plus, le PASM (p.67) relève l'importance de contracter des ententes formelles de services avec différents organismes communautaires, ce qui de fait ne pourrait que favoriser un meilleur accès aux services de crise. Nous n'avons pas vraiment d'informations sur l'implantation de cette mesure que nous encourageons.

En ce qui concerne les hommes, comme il y a chez eux une propension moindre à demander de l'aide, il y aurait lieu de s'assurer qu'on réponde à leurs demandes au moment où ils en expriment le besoin pour favoriser leur engagement dans le processus d'aide et de changement et diminuer les risques suicidaires. Il y aurait lieu de faire connaître dans tout le réseau les projets porteurs².

On constate par ailleurs que les services de crise sont mobilisés considérablement par la clientèle dite récurrente et il y a lieu ici de se questionner sur la spécificité des besoins de celle-ci. Est-il possible que les services brefs qu'on leur offre afin de répondre à des situations de crise aiguë ne soient pas les plus appropriés? On constate plutôt que cette clientèle a besoin d'être prise en charge sur le plan psychothérapeutique de façon plus soutenue et que les objectifs doivent viser le court, moyen et long terme. Bien sûr, il faut s'assurer de continuer de répondre aux crises auxquelles ils sont en proie, mais il serait opportun de prendre exemple d'expériences porteuses, comme celles où en 1re ligne³ et en 3e ligne⁴ on offre des services adaptés à la clientèle qui présente un risque suicidaire chronique et un trouble de la personnalité. Il pourrait enfin être pertinent de mener une recherche sur cette clientèle qui mobilise de façon importante les services afin de comprendre ce qui contribue à cette récurrence et ainsi ajuster l'offre de services en conséquence.

² Dans la catégorie *Personnalisation des soins et des services*, le prix d'excellence a été attribué en 2010 au CSSS de Vaudreuil-Soulanges, en Montérégie pour son projet *Théraction - Défi Hors Piste*, projet mis de l'avant grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux, et dont le cadre théorique vise à briser l'isolement des hommes en s'inspirant de modèles mieux adaptés à leur nature, soit en les mettant directement dans l'action et en les aidant à se créer un réseau de soutien.

³ CLSC Frontenac du CSSS Chaudière-Appalaches; CLSC de la Jacques-Cartier du CSSS Québec-Nord ; Clinique des troubles relationnels complexes de la Cité-de-la-Santé de Laval; Clinique sans mur de Rivière-du-Loup et Clinique sans mur de Rimouski.

⁴ Par exemple, au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean, Programme-clientèle des troubles sévères de la personnalité de l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec qui s'apprête à fêter ses quinze ans d'existence.

Autre commentaire d'ordre général : l'accessibilité compétente

D'abord un commentaire très général qui s'applique autant aux services pour les enfants et les jeunes qu'aux services pour les adultes. La pratique des soins partagés, ou soins basés sur la collaboration, pour être efficace doit reposer sur des principes dont notamment ceux-ci : « ... *les rôles et les responsabilités de chacun doivent être clairs... la collaboration est basée sur le respect mutuel et la confiance...* » (PASM p.22). Or, il arrive encore, sur le terrain, que l'identité professionnelle soit source de mésententes, voire de conflits. Parfois, on ne reconnaît pas les différences de sorte que dans des équipes de santé mentale on agit comme si tous les intervenants dits psychosociaux étaient équivalents ou interchangeables. C'est ainsi que la répartition du travail se fait non pas en fonction des mandats et compétences de chacun des différents professionnels, mais bien plutôt en fonction de leurs disponibilités et de leur charge de travail. Si, par ailleurs, les différences sont reconnues, il arrive qu'elles soient perçues comme menaçantes et les rapports interprofessionnels, plutôt qu'être des rapports de collaboration enrichissante, deviennent des rapports de force où les uns tentent de prendre emprise sur les autres. Nous convenons toutefois qu'il demeure difficile de délimiter les frontières professionnelles et nous souhaitons que l'avènement du PL 21 soit, entre autres, une occasion de clarifier les rôles et mandats respectifs de chacun pour permettre une offre de services complémentaires. En ce qui concerne plus particulièrement la question des traitements psychothérapeutiques, nous espérons que sur le terrain, en santé mentale, des efforts soient faits pour bien distinguer l'intervention psychosociale et la psychothérapie, l'un ne pouvant se substituer à l'autre.

Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental

Il faut mentionner d'entrée de jeu que les équipes de santé mentale, que ce soit pour la clientèle enfance, jeunesse ou adulte, ne sont pas déployées partout et lorsqu'elles le sont, elles ne sont pas nécessairement constituées des mêmes professionnels. Par conséquent, les services rendus sont à géométrie variable et parfois même insuffisants dans certains milieux.

I- Évaluation et traitement

- a. Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne (cibles pour accès aux services)

En ce qui a trait à l'évaluation des enfants, il y a un consensus sur la nécessité de procéder rapidement et efficacement pour accélérer l'accès aux services. Toutefois, les psychologues constatent qu'on ne comprend pas toujours ce qu'impliquent les mandats d'évaluation qui leur sont confiés et il arrive qu'on attende d'eux, par exemple, qu'ils livrent leurs conclusions diagnostiques dans des délais qui ne sont pas réalistes. Soulignons que l'investissement requis pour confirmer la présence d'un trouble mental est considérablement plus important que celui

qui est requis pour simplement soulever des hypothèses ou dégager des impressions. Après d'un enfant, la démarche qui vise à conclure à la présence d'un trouble mental ou encore à établir un diagnostic différentiel est en effet complexe et demande rigueur. Les lignes directrices ou les guides de meilleures pratiques recommandent dans la plupart des cas que le psychologue ait recours à des tests psychologiques, et ce, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'évaluer un enfant. En effet, les critères diagnostiques (DSM) du trouble du spectre de l'autisme, du trouble des apprentissages, du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou du retard mental, pour ne nommer que ceux-là, obligent à recourir aux tests psychologiques. Le temps à consacrer à l'évaluation est déterminant dans la mesure où le mandat est d'identifier les difficultés ou troubles mentaux et d'orienter adéquatement et du premier coup l'enfant vers les bons services, donnés par les bonnes personnes, aux bons moments et aux bons endroits. Le recours à des raccourcis ne peut qu'affecter l'efficacité du système et ultimement nuire à l'enfant. En effet, le temps qu'on pense épargner est en fait doublement perdu puisqu'il faudra reprendre l'évaluation de ces enfants qui auront été mal orientés.

Par ailleurs, nous avons l'impression qu'il y a deux poids, deux mesures selon qu'il s'agit de santé mentale ou de santé physique. Nous considérons qu'il est tout aussi inconcevable de demander à un médecin de faire son diagnostic sans recourir aux examens de laboratoire, par exemple, et de demander à un psychologue de procéder à une évaluation sans recourir aux tests psychologiques qu'il juge nécessaires.⁵

Pour terminer sur cette question des tests psychologiques, il faut mentionner que la culture de la 1re ligne diffère de celle de la 2e et de la 3e ligne, culture qui, dans certains milieux, devra évoluer pour permettre aux psychologues mandatés par exemple à l'évaluation des troubles mentaux, de disposer de tous les outils requis pour tirer leurs conclusions, selon les particularités des demandes qui leur sont adressées.

- b. Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de deuxième ligne (délai pour l'accès à un traitement)

Il semble y avoir consensus pour dire qu'il y a une certaine précarité des ressources en 2e ligne, de sorte que cela génère des délais d'attente qui sont souvent beaucoup trop longs. Le déplacement des effectifs de la 2e ligne vers la 1re ligne (prévu dans le PASM, p. 69), peut donner l'impression que cela s'est fait au détriment de la 2e ligne. En effet, dans certains milieux ce déplacement a eu pour conséquences la fermeture de services rattachés à la 2e ligne (par exemple des programmes de traitement de jour pour enfants ou encore des programmes pour

⁵ La recherche a démontré l'efficacité des tests psychologiques. Par exemple, en 2001, Meyer et coll. ont publié les résultats d'une métaanalyse qui montre entre autres qu'un test projectif particulier (le Rorschach, test des taches d'encre) a une plus grande validité prédictive sur l'impact potentiel de la psychothérapie qu'un rayon X sur la détection de caries situées entre les dents ou que certains examens de la prostate ou mammographie pour détecter le cancer. (Meyer, G. J. et coll. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment. A review of Evidence and Issues. *American Psychologist*, 56 (2), 128-165).

enfants suicidaires), ce qui aurait eu pour effet d'allonger les délais d'attente de trois à six mois pour des cas complexes.

Par ailleurs, on a déjà pris des mesures pour permettre de donner un meilleur accès à certaines clientèles aux services dont elles ont besoin. Il reste encore des efforts à faire cependant. Par exemple, en ce qui concerne les enfants qui présentent un trouble du spectre de l'autisme, il y a des directives administratives qui créent des délais d'attente injustifiés. Pensons à cette directive du MSSS qui exigeait que ce soit un médecin qui donne le diagnostic pour permettre l'accès aux services. Bien que cette directive ait été modifiée à l'automne 2009 (permettant depuis que les conclusions d'un psychologue donnent ce même accès), on continue, sur le terrain à fonctionner comme s'il n'y avait pas eu de changement. Est-ce qu'il faut mettre en cause la circulation de l'information à l'intérieur du MSSS? Ou la capacité des agences à se mettre à jour? Ou l'absence de corridors de communication entre les différents établissements (CSSS, CRDI-TED et autres) ou entre les ministères (MSSS et MÉLS)? Où est le problème? Ce sont en fin de compte les enfants et leurs proches qui souffrent de ces délais indus.

Enfin, il y a des dossiers qui suscitent beaucoup d'attention et d'intérêts et pour lesquels le MSSS accepte à juste titre de faire des investissements et il y a des dossiers qui en suscitent moins, bien qu'ils nécessiteraient tout autant d'investissements. Comparons par exemple les troubles du spectre de l'autisme et le retard mental. On parle beaucoup des enfants TED, de leur souffrance et de celle de leurs proches, mais comparativement peu des enfants qui présentent un retard mental, de sorte que l'offre de services aux enfants TED serait actuellement supérieure à celle faite aux enfants ayant un retard mental. On nous rapporte même que, dans certains cas, les proches des enfants qui ont un retard mental feraient pression pour obtenir un diagnostic de TED, ledit diagnostic donnant accès à des services dont ils ne pourraient bénéficier autrement.

c. Organiser la hiérarchisation des services

Ce que la hiérarchisation propose, c'est un modèle d'articulation des services qui se veut plus efficient. Nous y voyons une obligation de créer un partenariat tel que chacun devra compléter l'autre comme dispensateur de services et collaborer pour offrir une réponse adaptée aux besoins de la clientèle. La collégialité, le souci de complémentarité et la collaboration dans le respect de l'expertise des uns et des autres doivent primer sur la compétition et la recherche de pouvoir.

Toutefois, il est difficile d'organiser la hiérarchisation des services quand les frontières sont floues pour les intervenants et que sur le terrain, au moment de l'actualisation des services, tout n'est pas aussi clair ou aussi simple que ce que le PASM (pp.23-24) en dit. Des efforts doivent être faits pour que les intervenants puissent bien intégrer dans leur pratique ce modèle de hiérarchisation des services. Selon les informations obtenues, dans certains milieux, on a l'impression que c'est le diagnostic qui détermine le niveau de services : un diagnostic simple, 1re ligne, un diagnostic complexe/comorbidité, 2e ou 3e ligne. Dans d'autres, on qualifiera le

niveau de services en fonction du lieu où ils sont offerts : installation CLSC, 1re ligne, Centre hospitalier, 2e ligne, Institut universitaire, 3e ligne, le tout sans égards à la nature des services ou aux diagnostics et manifestations symptomatologiques. Parfois, ce sont les compétences des intervenants qui seront déterminantes pour qualifier le niveau de services.

D'autre part, certains soutiennent que les réaffectations de ressources ont eu un impact négatif sur les services de nature préventive qu'offraient les CLSC avant la dernière réforme du réseau de la santé (création des CSSS et migration d'intervenants de la 2e ligne vers la 1re ligne, PASM, p. 69).

Enfin, le PASM (p. 36) nous invite à cet égard à la vigilance étant donné par ailleurs que ce sont parfois les mêmes équipes qui offrent les services de 1re et de 2e ligne. Dans ces cas, il faut s'assurer que les intervenants qui y sont mobilisés ne soient pas débordés et qu'ils détiennent les compétences pour soutenir cette double offre de services et pour en faire la distinction dans la réalité quotidienne.

II- Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse : achever la mise en place d'équipes de 2e niveau

Nous n'avons pas recueilli d'information sur cette question.

Les adultes ayant un trouble mental

I- Évaluation et traitement

- a. Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne (cibles pour accès aux services)

On constate tout d'abord une volonté réelle d'offrir des services de qualité à cette clientèle, notamment au sein de la direction de la santé mentale. Pensons par exemple aux mesures prises pour que soient offertes les approches fondées sur les données probantes. Il est rassurant de constater que le PASM, en p. 13, identifie comme l'une des clés du succès de l'ensemble de ses dimensions le « (...) *partenariat entre les intervenants dans le respect des approches et des valeurs de chacun* ». Néanmoins, on nous a fait part d'inquiétudes quant au risque qu'on utilise de façon erronée, réductrice ou sélective les données de la recherche, par exemple pour dicter une approche ou des techniques sans égards aux considérations propres au client, dont l'importance est pourtant bien documentée par la recherche, et aux compétences des intervenants. L'offre de services doit demeurer souple et diversifiée, tel que le soutient le PASM en p. 41, pour tenir compte de l'expertise clinique des intervenants⁶ de même que du contexte de la consultation et des valeurs et caractéristiques des clients. Dans tous les cas, il est

⁶ Les intervenants doivent détenir les compétences non seulement pour exercer la psychothérapie, mais également pour utiliser les approches préconisées. En vertu du projet de loi 21, seuls les médecins, les psychologues et les détenteurs d'un permis peuvent exercer la psychothérapie.

nécessaire de procéder à une évaluation rigoureuse **avant, pendant et après** la dispensation des services afin d'en valider la pertinence et l'efficacité. Ainsi, il revient au professionnel d'exercer son jugement clinique et de s'assurer qu'il offre ce qu'il y a de mieux pour ses clients en tenant compte des données probantes disponibles de même que du contexte clinico-administratif dans lequel il exerce. Le défi est de répondre à chacun de façon mesurée et adéquate pour éviter de créer des listes d'attente qui seraient préjudiciables, tenant compte des mandats des professionnels dans ce continuum de services et du principe de responsabilité populationnelle.

Par ailleurs, dans certains milieux, on nous rapporte que l'offre de services pour les troubles anxieux ou dépressifs, de sévérité modérée, ou pour les troubles de personnalité (personnalité limite ou *borderline* en particulier) est, malgré quelques exceptions méritant d'être soulignées, très insuffisante, comme si l'on sous-estimait voire banalisait encore de tels troubles. Dans bien des cas, cette situation peut avoir pour effet d'augmenter les risques de chronicisation de psychopathologies pouvant pourtant être traitées efficacement et à moindres coûts si la clientèle est prise en charge sur le plan psychothérapeutique rapidement, dès les premières manifestations de difficultés. Peut-être que cela s'explique par le fait que les équipes de santé mentale en 1re ligne ne sont pas bien constituées partout. Cette clientèle, pour une bonne part, n'a pas accès à un traitement psychothérapeutique optimal et trop souvent elle est orientée vers les services courants, ou même vers la 1re ligne en santé mentale, pour n'y recevoir qu'un service minimal de soutien dit psychosocial, ou encore vers la 2e ligne, cela impliquant cependant des délais parfois indus.

De plus, il semble que l'accès aux traitements médicamenteux soit plus facile que celui aux traitements psychothérapeutiques, alors que, en ce qui concerne à tout le moins les troubles dépressifs, la recherche démontre que lorsque l'atteinte est légère ou modérée le traitement indiqué est la psychothérapie et la combinaison d'antidépresseurs et de psychothérapie ne serait optimale que lorsque l'atteinte est sévère. Le constat, donc, est qu'on n'offre pas la psychothérapie dans tous les cas où ce serait pertinent. Ceci n'est probablement pas étranger au fait que cette clientèle s'adresse en très grand nombre aux médecins et que ces derniers, trop souvent, ne trouvent pas de partenaires pour recevoir cette clientèle à qui par conséquent ils offrent, à défaut d'autres choses, un traitement médicamenteux. Il faut noter qu'on nous a rapporté dans certains CSSS des délais d'attente relativement longs pour ne pas dire préjudiciables, ce qui a pour effet d'engorger la pratique des médecins, seuls professionnels auxquels ont accès dans les circonstances une bonne part de la clientèle en santé mentale. Le PASM (p.43) souligne l'efficacité du travail conjoint des psychologues et des omnipraticiens et il faut vraiment continuer nos efforts pour établir dans tous les milieux cette collaboration et donner aux médecins l'accès aux psychologues vers qui ils pourront orienter leur clientèle, notamment pour y recevoir des services de psychothérapie.

- b. Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de 2e ligne (délai pour l'accès à un traitement)

Comme c'est le cas pour les services de 2e ligne aux enfants et aux jeunes ayant un trouble mental, il semble qu'il y ait cette même précarité des ressources.

c. Organiser la hiérarchisation des services

Les mêmes commentaires se rapportant aux services aux enfants et aux jeunes s'appliquent aussi aux services aux adultes.

II- Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable : assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables.

On constate qu'il y a un bon investissement pour cette clientèle.

III- Les services résidentiels : améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome.

Bien que l'on constate là aussi l'investissement, il manque encore des ressources à Montréal, nous rapporte-t-on, notamment pour les personnes vieillissantes ayant un trouble psychiatrique. Il n'y aurait pas, non plus, suffisamment d'appartements supervisés.

IV- L'intégration au travail : favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental.

Nous avons peu d'information sur cette question. Toutefois, il semble qu'il y ait davantage de services pour soutenir l'employabilité des personnes ayant un trouble mental. Il resterait encore du travail à faire de ce côté, notamment en ce qui concerne l'implantation d'une philosophie de rétablissement dans un plus grand nombre d'équipes de traitement.

V- L'intervention préventive : rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes, et intervenir auprès d'eux.

Sur un plan général, plusieurs ont l'impression que la création des CSSS impliquant le regroupement sous une même institution des établissements de 1re, 2e et 3e ligne a eu pour effet une réallocation des ressources vers les services curatifs au détriment des services préventifs.

Par ailleurs, la prévention implique d'agir auprès de personnes vulnérables avant qu'elles ne se trouvent en difficulté ou en situation de crise, ce qui demeure un défi en ce qui concerne les hommes étant donné que ceux-ci auraient moins tendance à reconnaître leurs propres

difficultés avant que la crise n'éclate. Il y a du travail à faire pour mieux saisir la dynamique des hommes et s'y ajuster.

Les personnes présentant un diagnostic de comorbidité

- I- Établir une collaboration entre les divers programmes visés.

Cette section vise diverses clientèles : les personnes qui présentent des problèmes ayant plus d'un trouble mental rattaché à l'axe I du DSM, celles qui ont un trouble mental rattaché à l'axe I combiné à un trouble de l'axe II (retard mental, trouble de la personnalité) ou de l'axe III (déficience ou maladies physiques), celles qui ont des problèmes de dépendance (alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique) couplés à un autre trouble mental. Le défi des intervenants est d'offrir le bon traitement au bon moment à ce type de clientèle, défi qui n'est malheureusement pas toujours relevé.

C'est une clientèle qui se présente souvent en crise et qui peut faire l'objet d'une certaine stigmatisation de la part même des intervenants en santé mentale compte tenu du sentiment d'impuissance qu'elle peut susciter chez ceux-ci. Elle peut également faire l'objet de discrimination considérant les critères d'exclusion de certaines cliniques spécialisées (en 2e ou en 3e ligne, par exemple). Il est clair par ailleurs qu'on ne peut répondre à leurs besoins par des traitements à court terme seulement. On pourrait penser que le défi est d'identifier quel trouble il faut tenter de traiter d'abord. Dans les faits, les consensus d'experts proposent non pas une approche séquentielle, mais plutôt un modèle de traitement biopsychosocial complexe, de moyenne à longue durée⁷, basé sur une approche théorique intégrée faisant place à la totalité de la personne. La complexité de ces types de cas nécessite la collaboration très étroite de tous les intervenants, quel que soit le niveau des services impliqués.

En ce qui concerne la clientèle dont le trouble comorbide est lié à la dépendance, les mandats actuels des établissements impliquent souvent que les services pour répondre aux problématiques de dépendance et ceux pour répondre aux problématiques de santé mentale sont offerts dans des établissements différents, de sorte qu'on s'adresse davantage aux problématiques qu'aux personnes dans leur globalité. Il semble y avoir encore beaucoup de zones grises, les critères pour orienter les personnes vers les services (traitement de la dépendance ou du trouble mental) n'étant pas encore clairement établis partout. Il se peut que cette clientèle ait accès à deux services à la fois, tout comme il est possible qu'elle n'ait pas accès à des services de psychothérapie, par exemple, compte tenu de l'ampleur des problèmes de dépendance.

⁷ 24 séances ou plus, allant jusqu'à 2 ans, par exemple.

Enfin, dans ce contexte, il est nécessaire que les intervenants responsables de l'évaluation diagnostique aient la possibilité de faire un travail approfondi et rigoureux et qu'ils disposent de l'outillage pour ce faire. De plus, l'élaboration des PSI prend particulièrement de l'importance.

La clientèle dont le trouble comorbide est relié à la personnalité est également complexe à traiter et elle se présente souvent en situation de crise ou encore est en attente de psychothérapie ou de services sociaux. Les intervenants en services courants, en santé mentale, en 1^{re} ou en 2^e ligne qui offrent des traitements pour les troubles dépressifs, les troubles anxieux ou les troubles d'adaptation sont parfois dépassés par la complexité des impasses thérapeutiques dues au trouble de la personnalité (crises fréquentes nécessitant des interventions urgentes de soutien, passages à l'acte, interruption abrupte du traitement, absence de collaboration voire hostilité et autres). Les intervenants ont besoin non seulement de soutien administratif, mais aussi de soutien clinique pour faire face à ces difficultés, soutien qui n'est pas offert partout (et qui risque de l'être moins compte tenu des réductions dans les budgets affectés à la formation continue). Par ailleurs, on dispose de données de recherche sur le traitement de cette clientèle⁸ et il faudrait là aussi s'en inspirer pour adapter les traitements offerts à court, moyen et long terme, dans différents milieux et contextes, et ce, en 1^{re}, 2^e et 3^e ligne.

Soutenir le changement

Un premier commentaire général concerne d'heureuses initiatives prises par des équipes de santé mentale au Québec qu'il y aurait lieu de mieux faire connaître et diffuser. Pensons par exemple à ce qui a été mis en place pour l'intervention et le traitement des troubles de la personnalité dans la région de Québec⁹. C'est un modèle de collaboration entre la 1^{re} et la 3^e ligne qu'on aurait avantage à implanter ailleurs au Québec. La Direction de la santé mentale devrait y consacrer des efforts.

I- La formation

Les besoins de formation sont importants sur plusieurs plans.

D'abord, on demande des changements de pratique en regard notamment de l'application des approches fondées sur les données probantes. Les intervenants devraient être formés pour comprendre la nature et la qualité des recherches, desquelles sont dégagées ces données probantes, pour déterminer leur portée réelle sur le terrain et pour bien connaître les indications et le fonctionnement de ces approches qu'elles soutiennent. On déplore que trop

⁸ Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Report*, 12 (1), 56-60.

⁹ Bouchard, S., Julien, É., Duval, C. (2010). Soutenir les intervenants du réseau œuvrant auprès de patients présentant un trouble de la personnalité limite. *Psychologie Québec*, 27 (5), 22-24.

souvent chacun interprète les résultats de la recherche à sa façon, que l'on confonde données de recherche et données probantes et qu'on ne tienne pas toujours compte de tous les résultats de la recherche sur un sujet donné.

Par ailleurs, on nous rapporte que les activités de formation continue qui sont offertes dans le réseau s'adressent la plupart du temps à l'ensemble des intervenants et, pour ce faire, on présente un contenu de niveau général qui finalement ne répond pas vraiment aux besoins particuliers de chacun des intervenants. De plus, très souvent les psychologues sont mis à contribution dans le réseau pour le transfert des connaissances, ce qui est bien. Toutefois, ils n'y trouvent que trop rarement leur propre compte en matière de formation continue. Il y aurait donc lieu de favoriser les activités de codéveloppement ou de cosupervision entre des professionnels d'une même identité.

II- La recherche

La recherche peut contribuer à l'amélioration des services, et ce, à plusieurs niveaux. La recherche sur l'efficacité des services implique que des mesures soient prises pour qu'on puisse connaître l'impact réel, sur le terrain, sur la clientèle, des services qu'on implante. Le PASM (p.11) relève que « *les données dont dispose le MSSS actuellement ne sont pas suffisantes pour permettre un suivi de l'ensemble des dimensions du système de santé mentale* ». Nous croyons qu'il faut prendre des mesures pour assurer ce suivi. Par exemple, chaque intervenant devrait se soucier de vérifier et de mesurer auprès de chacun de ses clients les progrès qu'il réalise. Il s'agit non seulement d'une question d'imputabilité, mais aussi de se donner les moyens de prédire une réponse au traitement, y compris les risques d'échecs thérapeutiques, et de mesurer les progrès accomplis selon des paramètres précis qui vont au-delà des symptômes. Ceci implique donc l'établissement de critères rigoureux, valides, et préétablis. Malheureusement, ceci trop souvent ne repose que sur le flair des intervenants ou encore sur des critères extérieurs aux clients eux-mêmes ou à leurs besoins. Il faudrait aussi donner aux intervenants le temps et les moyens d'utiliser un système de mesures qui ne soit pas trop lourd et qu'on aura mis à leur disposition. Enfin, des données devraient être colligées et étudiées afin de permettre l'amélioration des services en fonction de la clientèle, des problématiques, des points de services voire des niveaux de services.

Autre question : le PASM (p. 21) retient comme avenue de recherche l'exploration... *des interventions visant à renforcer les facteurs de protection des troubles anxieux et dépressifs et à faire diminuer les facteurs de risque de ces troubles*. Nous n'avons pas eu écho de ces interventions qui revêtent une grande importance sur le plan préventif.

III- La stratégie de financement

On ne peut ici que déplorer les récentes directives qui visent à réduire les budgets de formation continue au sein du MSSS. Ces directives vont à l'encontre même de ce que le PASM prévoyait.

L'OPQ note déjà un impact sur l'engagement des psychologues dans des activités de formation continue alors que ces derniers ne peuvent être libérés avec ou même sans solde pour participer à des activités pour lesquelles ils sont prêts à payer. À noter que cela contribue à décourager les psychologues de s'engager dans le réseau de la santé

Autres sujets de discussion

Aucun

Le comité de travail de l'Ordre des psychologues

Le comité de travail était constitué de :

- Pierre Desjardins, psychologue
Directeur de la qualité et du développement de la pratique à l'Ordre des psychologues du Québec
- Linda Gold-Greenberg, psychologue clinicienne œuvrant en clinique externe de pédopsychiatrie en 2^e ligne et en pratique privée (enfance, famille)
- Marie-Rose Grenier, psychologue clinicienne œuvrant auprès clientèle adulte avec troubles mentaux et troubles de la personnalité, sous la Direction des services généraux et des programmes spécifiques aux adultes, en CSSS-IUGS mission CLSC, et à deux cliniques médicales.
- Marie-Josée Lemieux, psychologue clinicienne, œuvrant en CSSS comme conseillère clinique spécialisée en santé mentale, direction des services multidisciplinaires, et en pratique privée (adulte)
- Hélène Vincent, psychologue clinicienne œuvrant en CSSS dans une unité de médecine familiale et en pratique privée (adolescence, adulte)
Les quatre dernières étant également administratrices de l'Ordre des psychologues du Québec

Le comité s'est chargé de colliger des informations auprès de psychologues travaillant au sein du réseau de la santé dans différentes régions et différents établissements. Bien que cette collecte d'informations n'ait pas été exhaustive, nous croyons qu'elle est représentative de certaines réalités ou, à tout le moins, qu'elle traduit adéquatement les perceptions qu'on en a.