



Des solutions pour améliorer l'accès aux soins  
et aux services publics québécois en santé mentale

21 avril 2022



## Introduction

La maladie mentale a longtemps été un sujet tabou. Aujourd'hui, les données nous apprennent qu'une personne sur cinq est atteinte d'un trouble mental au Québec<sup>1</sup>. La maladie mentale et les troubles psychologiques affectent le quotidien de beaucoup de Québécois et de Québécoises, mais paradoxalement, les services dédiés à cette problématique semblent de moins en moins accessibles pour la population. Cette situation est particulièrement criante alors que la pandémie a eu un effet indiscutable sur la santé mentale de la population. Aujourd'hui, 19 000 personnes, adultes et enfants, sont en attente d'un soin. Il est difficile d'estimer le temps que cela prendra pour répondre à l'ensemble de ces besoins criants.

Les coupes budgétaires et les multiples réformes qu'a subies le système de santé et de services sociaux québécois ces dernières décennies ont causé une pression énorme sur les services publics offerts ainsi que sur le personnel soignant. Plusieurs intervenants jugent manquer de temps et de ressources pour répondre aux besoins des personnes soignées. Ces besoins sont souvent complexes et touchent un ensemble de variables propres à la personne et à son environnement.

D'ailleurs, la santé mentale, tout comme la santé globale de la personne, est reliée à un ensemble de déterminants individuels et sociaux<sup>2</sup>. Le large spectre de déterminants de la santé mentale appelle impérativement une action globale et systémique. Malheureusement, l'approche prédominante du médico-pharmaceutique nuit au déploiement d'interventions globales et interdisciplinaires qui sont pourtant reconnues comme étant adaptées et efficaces.

Plusieurs éléments appellent à une intervention politique pour améliorer les soins et les services en santé mentale. Au printemps 2021, la Fédération des professionnelles de la CSN (FP-CSN) a effectué un exercice de consultation de ses membres qui œuvrent en santé mentale<sup>3</sup> pour identifier des solutions permettant d'améliorer les soins et les services publics au Québec. Cette démarche s'inscrit dans une réflexion plus large portée par la CSN en vue de développer une plateforme de revendications sur l'amélioration des soins et des services en santé mentale. Les pages qui suivent présentent le résultat des discussions.

---

<sup>1</sup> INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, 2010.

<sup>2</sup> Rappelons ici les déterminants sociaux en santé mentale : le revenu et la situation sociale de la personne (ex. : un revenu suffisant pour se nourrir), le niveau d'instruction (ex. : l'accès aux établissements scolaires), les environnements sociaux et physiques (ex. : le quartier), les services de santé (ex. : l'accès à un intervenant social), la culture (ex. : l'intégration culturelle), le réseau de soutien social (ex. : avoir un ou des proches), l'emploi et les conditions de travail (ex. : le niveau de stress au travail), le contexte géographique (ex. : catastrophe naturelle), le genre (ex. : les valeurs sociales imposées de manière genrée), les composantes biologiques et physiologiques (ex. : la génétique). (MOUVEMENT SANTÉ MENTALE QUÉBEC [[www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/determinants](http://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/determinants)], 2021)

<sup>3</sup> Les personnes participantes provenaient de divers corps de métier, du psychologue au technicien en éducation spécialisée en passant par le travail social, tant du milieu hospitalier que de l'externe.



## **Un manque d'accès aux soins et aux services en santé mentale**

Les gouvernements successifs ont tenté de réduire les dépenses budgétaires en santé et services sociaux. Ceci, sans que les gouvernements ne fassent le choix de s'attaquer aux deux plus importants postes de dépenses dans le budget des finances publiques : soit les salaires des médecins et le coût des médicaments. Conséquemment, la réduction des dépenses en santé s'est nécessairement faite dans l'offre de services aux patients, notamment dans les services sociaux.

Ce manque de ressources se distingue de manière particulière en santé mentale, car ce secteur est encore habité par les préjugés et le sentiment de honte, rendant sa défense plus ardue. La désinstitutionnalisation des dernières décennies s'est opérée avec la volonté de déplacer les services médicaux et hospitaliers vers des services dans la communauté. Et ceux-ci ont été malmenés au fil des années : réduction du rôle des CLSC, coupes dans le suivi social, précarisation des organismes communautaires, affaiblissement des programmes de prévention, etc. Les personnes souffrantes ont de plus en plus de difficulté à avoir accès à une réponse appropriée globale à leurs besoins.

L'Organisation mondiale de la Santé considère que bon nombre des systèmes défaillants de santé pour la maladie et les troubles mentaux dans le monde constituent une violation des droits fondamentaux<sup>4</sup>. Ce manque de services est grave pour les individus, mais aussi pour l'ensemble de la population. La Commission de la santé mentale au Canada a chiffré une perte économique due à la maladie mentale à au moins 50 milliards de dollars par an, soit 2,8 % du PIB canadien en 2011<sup>5</sup>. En fermant les yeux devant les personnes souffrantes psychologiquement pour ne traiter que les maladies physiques, notre société se condamne à limiter la création de richesse, en plus de porter atteinte à la dignité humaine.

Les modifications apportées au réseau sont effectuées sans égard aux avis émis par le personnel soignant. Pourtant, il subit aussi les conséquences du manque de financement alors qu'il constate trop souvent son incapacité à répondre aux besoins nommés par les individus. La situation crée une grande pression sur les listes d'attente, accélère la cadence de travail et génère une souffrance éthique contraire aux valeurs d'aidant. La pression est si grande que les cas d'épuisement professionnel se multiplient, et conséquemment, le niveau d'attractivité des postes de travail en santé mentale baisse.

---

<sup>4</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires. Promotion des démarches centrées sur la personne et fondées sur ses droits*, 2021.

<sup>5</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada. Une personne sur cinq est aux prises avec une maladie mentale chaque année au Canada*, 2013.

---

## **Solutions proposées pour améliorer l'accès aux soins et aux services en santé mentale**

---

1. Rendre universel l'accès aux soins publics en santé mentale.
2. Réclamer au gouvernement des états généraux en santé mentale qui donneraient la parole aux travailleuses et travailleurs du réseau ainsi qu'aux bénéficiaires de soins.
3. Assurer un financement stable et récurrent à la hauteur des besoins en santé mentale pour les services de proximité.
4. Mettre de l'avant une approche de promotion et de prévention communautaire (ex. formations dans les écoles).
5. Favoriser les échanges entre les travailleuses et les travailleurs de manière à permettre la coordination des interventions des différents organismes publics (ex. CPE, écoles, CLSC, organismes communautaires).
6. Agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale (ex. accès à un revenu viable et un logement décent, inclusion de la diversité).

### **Une gestion mécanique et rigide qui manque d'humanité**

La fusion des établissements provoquée par les réformes Couillard et Barrette ont créé une centralisation des ressources dans les grands établissements de santé, ceux-ci étant directement redevables au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces réformes avaient comme objectif de réduire les coûts du système en centralisant les services et en augmenter leur efficacité. Ces fusions visaient aussi une uniformisation des services dans les différents établissements. La réussite de cette transformation d'un point de vue de la réduction des coûts ou d'efficacité trouve peu de défenseurs. La fusion des établissements a plutôt donné lieu à des prestations de services en silo, et une dégradation de la spécialisation des intervenantes et intervenants, devenus maintenant interchangeable d'un service à l'autre.

Dans l'élan des fusions, les derniers gouvernements ont mis en place un mode de gestion industrielle du type Lean. Cette logique gestionnaire n'est pas basée sur une science clinique d'efficacité des soins aux personnes, mais plutôt sur une volonté de réduire les coûts et un accroissement de la reddition de comptes. Cela a tendance à augmenter les rapports administratifs et réduire le temps pour l'octroi des soins. Par exemple, la reddition des heures de prestation de services pour suivre à la trace les actions des personnes intervenantes est rendue d'une lourdeur incompréhensible considérant que les gestionnaires ont accès aux systèmes de rendez-vous informatisés utilisés par les intervenants. Le gouvernement gagnerait en agilité et en temps de service s'il effectuait un ménage dans les innombrables mesures de la qualité qui, de manière contradictoire, font perdre un temps qui pourrait être consacré à recevoir, accueillir et accompagner les personnes aidées. En pleine pénurie de main-d'œuvre, les administrateurs du réseau doivent délaisser l'obsession contre-productive visant à mesurer les interventions de manière à libérer l'action des intervenants.

L'approche Lean a aussi imposé une échelle d'importance des épisodes de soins. Notons d'abord que cette approche ne convient pas à toutes les situations cliniques comme la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme (TSA). Ensuite, les épisodes de soins amènent une plus grande rigidité dans l'identification des besoins réels de la personne soignée et dans le choix du service approprié. De plus, le nombre d'épisodes de soins et la manière de les octroyer sont prédéterminés et dépendants de la référence du départ effectué par un médecin. Le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) ajoute une couche de rigidité alors qu'il prédétermine le niveau de soin et le type de soin approprié à la personne. Même si le PQPTM se base sur des données probantes pour choisir le type d'intervention, ce type d'organisation des soins a connu des ratés ailleurs dans le monde. Cette rigidité ne respecte ni les besoins nommés par la personne ni la compétence et le choix de méthode thérapeutique de la personne professionnelle.

Trop souvent, c'est au patient de s'adapter à une offre de service rigide et non au système de soins de s'adapter. L'adaptation des soins ne s'opère qu'à force de volonté des intervenants du réseau, ou par un réajustement de la référence médicale. Quant aux intervenantes et intervenants, ils se sentent peu épaulés sur le plan clinique. Par exemple, la création de programmes adaptés aux besoins des patients par les professionnelles se bute souvent au manque de ressources et à une rigidité administrative. De plus, on remarque un manque de continuité des services entre les groupes d'âge (ex. entre les enfants et les 18-25 ans).

Les longues listes d'attente engendrées notamment par un manque de ressources amènent les différents services du réseau à négocier entre eux lequel devra intervenir auprès des patients présentant de la comorbidité; cette situation complexifie l'identification de la meilleure trajectoire de soins. La collaboration entre les services est essentielle pour assurer une complémentarité et un échange d'expertise dans les cas de comorbidité; ce qui demeure trop souvent un principe loin de la réalité terrain.

Le parcours rigide des épisodes de soins et les longues listes d'attente créent souvent des ruptures dans la prestation de services. Un patient devra se réinscrire à une liste d'attente entre chacun des épisodes de soins. Par exemple, à la suite d'un diagnostic, une personne peut attendre des mois pour obtenir un service ou un accompagnement. Cet épisode de soins est souvent encadré dans le temps et lorsqu'il se termine, d'autres besoins restent souvent présents. Il faut alors attendre un autre épisode de soins, et il y a danger de récurrence de la problématique initiale. Le phénomène des portes tournantes apparaît et peut envenimer les problèmes du patient et de son entourage, car les services ne sont pas dispensés aux moments opportuns. Le patient se trouve souvent démuni devant la proposition de trajectoire à suivre et la multiplicité des intervenants. La prévention des récurrences et les besoins en santé mentale de la personne ne sont plus alors au cœur de l'offre de services.

La promotion et la prévention en santé mentale sont de plus en plus défaillantes. Les soins de première ligne en santé mentale sont pourtant essentiels non seulement pour déstigmatiser la fragilité et la détresse psychologique, mais aussi pour effectuer un travail d'accompagnement avant qu'un problème prenne plus d'ampleur.

---

## **Solutions proposées pour améliorer la gestion des soins et des services en santé mentale**

---

7. Dédier une personne intervenante ou une équipe pivot à chaque patient afin d'assurer une stabilité et une continuité dans le suivi de la trajectoire de soins et de services.
8. Permettre le référencement par les professionnelles à des services en santé mentale.
9. Assurer le respect du jugement professionnel des intervenantes et intervenants dans le processus des épisodes de soins.
10. Redonner une autonomie aux gestionnaires locaux dans la gestion des différents services (exemple : déficience intellectuelle, TSA).
11. Faciliter le travail interdisciplinaire et transversal en présence de comorbidités ou pour les réalités propres aux périodes de vie.

### **Un besoin de valoriser l'interdisciplinarité en santé mentale**

L'une des forces du réseau public en santé mentale est la possibilité de travailler en interdisciplinarité<sup>6</sup>. La convergence des spécialités des différents intervenants permet de mieux capter les besoins globaux des personnes. La famille ou les proches de la personne soignée peuvent aussi être des ressources importantes à consulter ou à faire participer au processus. Pourtant, malgré le discours gouvernemental de l'approche globale de la personne, le travail interdisciplinaire rencontre plusieurs irritants.

D'abord, l'omniprésence du personnel médical, bien qu'incontournable, dans la séquence de soins est problématique à plusieurs égards. Le médecin demeure un travailleur autonome qui, bien souvent, n'est pas suffisamment intégré à l'équipe soignante. Malheureusement, encore aujourd'hui, plusieurs jouissent d'un statut hiérarchique supérieur qui cause un débalancement de pouvoir entre les membres de l'équipe de travail. Cette présence externe à l'équipe cause souvent des incongruences dans la gestion des services alors que le médecin a parfois des pouvoirs comparables à ceux des gestionnaires. De plus, le manque de médecins dans le réseau crée une pression pour effectuer des diagnostics en peu de temps d'observation. Cette pression du « diagnostic à la chaîne » augmente le risque d'erreurs, et les conséquences peuvent devenir importantes et stigmatisantes pour les personnes soignées. S'il est indéniable que les diagnostics contribuent à identifier les services à offrir, les besoins de la personne peuvent être plus vastes, ou même déborder du champ psychiatrique. En ce sens, la participation de l'ensemble de l'équipe soignante pour évaluer les besoins pourrait être bénéfique. Or, le recours aux techniciennes et techniciens ou aux professionnelles est à géométrie variable d'un service à l'autre, ou même d'un médecin à l'autre. C'est la relation et le contact avec le patient qui y perd, et ne permet pas d'identifier toute les dimensions et la profondeur des besoins globaux de la personne. Par ailleurs,

---

<sup>6</sup> Il existe plusieurs définitions de l'interdisciplinarité. Nous utiliserons ici ce terme comme étant « une modalité de l'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes ». Maurice PAYETTE, *Interdisciplinarité : clarification des concepts*, Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires, Université de Sherbrooke. 2001.



l'obligation du diagnostic posé par le médecin pour avoir accès à des services favorise une approche médico-pharmaceutique du mal-être. D'autres approches pourraient pourtant être bénéfiques pour les personnes, et permettraient de sortir de la logique hospitalière au profit de l'hébergement ou du service externe.

La structuration même des services ne facilite pas le travail interdisciplinaire, alors que plusieurs milieux ne prévoient pas ou peu d'espaces prédéfinis pour des échanges. À cela s'ajoutent une surcharge de travail importante, des outils technologiques désuets, le manque d'effectifs, la rotation du personnel puis l'offre de soins saccadée sans continuum. Bref, malgré une volonté commune de travailler ensemble, plusieurs escamotent l'échange d'informations et la discussion interdisciplinaire.

Plusieurs constatent une méconnaissance des rôles et des forces de chacun des intervenants et intervenantes, et ce, particulièrement pour les disciplines non médicales. Le simple fait de ne pas bien connaître la spécialisation de ses collègues peut générer des jugements ou de la mésestime au quotidien. De leur côté, les personnes recevant les soins et leur famille ne connaissent pas le rôle de chacun non plus, et ne font pas nécessairement appel à ceux qui répondraient plus adéquatement à leurs besoins réels.

Un autre obstacle au travail interdisciplinaire est la confidentialité des dossiers. Recevoir un diagnostic de problèmes de santé mentale peut porter préjudice sur le plan de l'avancement professionnel ou de la crédibilité de l'individu en général. L'échange d'information est parfois obligatoire (ex. avec la Direction de la protection de la jeunesse), ou nécessaire pour assurer un continuum de services à la fois dans le réseau ou avec les partenaires externes (ex. le milieu communautaire ou scolaire). Actuellement, le réseau permet au médecin l'accès à toute l'information sur la santé physique et mentale d'un patient, d'une patiente; alors qu'un éducateur spécialisé, par exemple, n'aura pas droit à la même information médicale. Cette hiérarchisation en regard de l'accès à l'information peut mettre en danger le personnel quand des renseignements essentiels sur la santé physique des personnes soignées (ex. diagnostic d'hépatite) ne sont pas transmis aux autres acteurs impliqués dans le continuum des soins, dont les préposés-es aux bénéficiaires.

---

### ***Solutions proposées pour améliorer l'interdisciplinarité en santé mentale***

---

12. Privilégier une approche globale en soins pour intervenir sur l'ensemble des besoins de la personne.
13. S'assurer que les médecins soient membres à parts égales dans les équipes de travail.
14. Mieux faire connaître les rôles et les spécificités de chacun des intervenants au personnel du réseau ainsi qu'à la population en général.
15. Créer des espaces et des temps de discussion interdisciplinaires notamment pour, l'évaluation globale des besoins des patientes et patients et pour l'élaboration du plan de soins et d'interventions.
16. Assurer la santé et la sécurité des intervenants tout en respectant le principe de confidentialité.